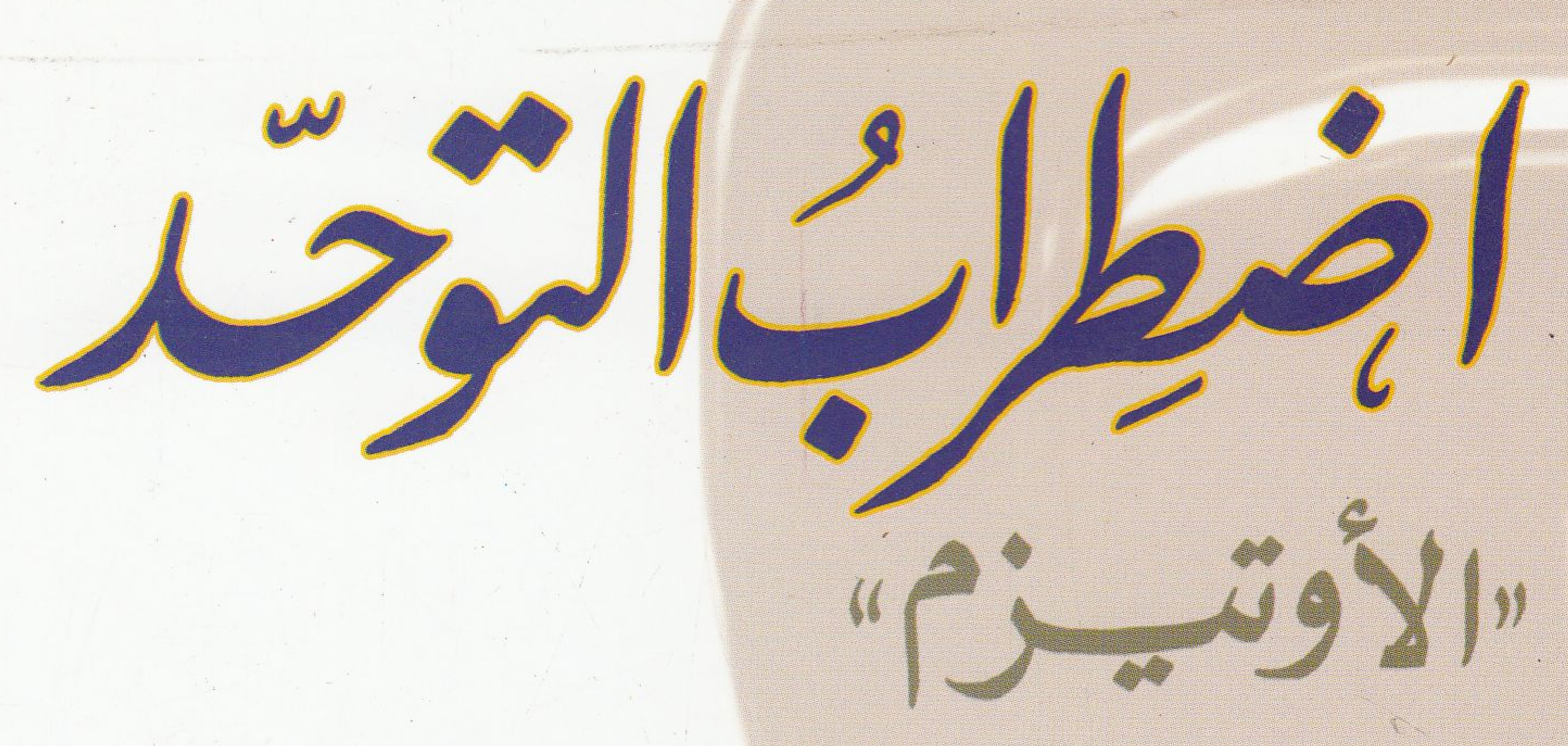


اضطراب التوحّد

"الأوتيزم"

أعراضه - أسبابه وطرق علاجه

مع برامج تدريبية وعلاجية لتنمية قدرات الأطفال المصابين به



د/ علا عبد الباقي إبراهيم



اضطراب التوحّد
"الأوتيــزم"

* ابراهيم ، علا عبد الباقى .

* اضطراب التوحد (الأوتيزم) أعراضه – أسبابه وطرق علاجه

* علا عبد الباقى ابراهيم .

* ط 1. – القاهرة : عالم الكتب؛ 2011 م

* 222 ص؛ 24 سم

* تدمك : 7-776-232-977 * رقم الإيداع : 2010/15048

1- الأطفال – أمراض – علم نفس

أ- العنوان 155.916

عالم الكتب

* الإدارة :

16 شارع جواد حسنى – القاهرة

تليفون : 23924626

فاكس : 0020223939027

* المكتبة :

38 ش عبد الخالق ثروت – القاهرة

تليفون: 23926401 – 23959534

ص . ب 66 محمد فريد

الرمز البريدى : 11518

www.alamalkotob.com -- info@alamalkotob.com

اضطِرابُ التوحّد

"الأوتيـــزم"

أعراضه - أسبابه وطرق علاجه

مع برامج تدريبية وعلاجية لتنمية قدرات الأطفال المصابين به

د / علا عبد الباقي إبراهيم

أستاذ الصحة النفسية

عالم الكتب

قال الله عزوجل:

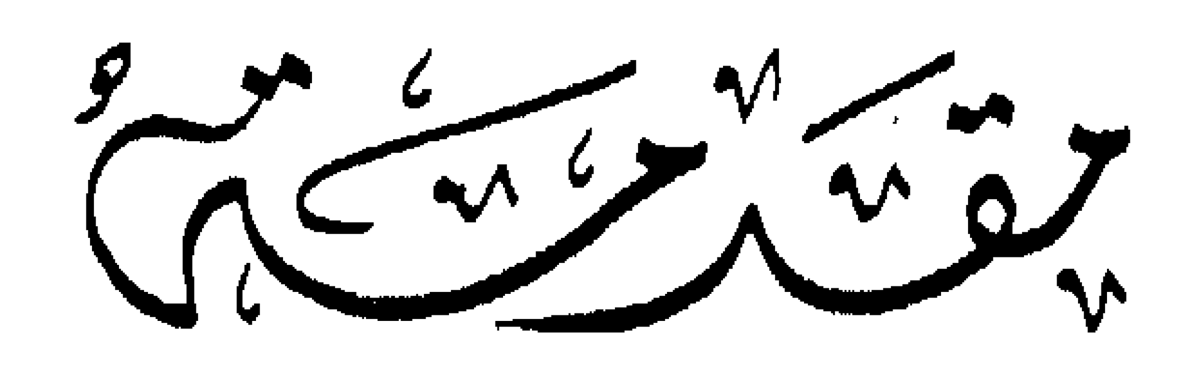
بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ وَفِي أَنفُسِكُمْ أَفَلا تُبْصِرُونَ﴾ صدق الله العظيم

(سورة الذاريات آية ٢١)

فهـــرس الكتـــاب

المحتويات



التوحد أو الأوتيزم Autism هو أحد الاضطرابات النمائية والتطورية الشاملة التي تظهر على الطفل خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره، ويؤثر على جميع جوانب النمو لديه. وأول ما يلاحظ على الطفل المصاب بهذا الاضطراب هو صعوبة التواصل مع الآخرين سواء كان التواصل لفظى أو غير لفظى، وقد يستجيب الطفل للأشياء لكنه لا يستجيب للأشخاص. فيتأخر اكتسابه للغة ومهارات اللعب والمهارات الاجتماعية. ويعانى من قصور شديد فى التفاعل الاجتماعى والتخاطب والحوار ولا يستطيع مشاركة الأطفال العاديين ألعابهم وأنشطتهم ولا اهتماماتهم.

وينشأ أطفال التوحد (الأوتيزم) فى ظل صلات بشرية قليلة ومحدودة وطرق حياتية تفتقد إلى الحميمية والطمأنينة سواء كان داخل الأسرة أو خارجها، وقد يعتبرهم الكثيرون غرباء ليس فقط عن المجتمع بل وعن الأسرة أيضاً، ويشكو الآباء من عدم مقدرتهم على فهم أطفالهم. ويزداد لدى الأطفال الإحساس بالغربة وعدم الأمن النفسى. لكنهم لا يستطيعون التعبير عن أحاسيسهم ومشاعرهم. ويُعد هذا الاضطراب من أكثر الاضطرابات تأثيراً على سلوكيات الطفل وشخصيته بأسرها حيث يؤثر بالسلب على النمو المعرفى (العقلى) والانفعالى والاجتماعى. فيظهر على الطفل نقص فى الإدراك، وصعوبة فى فهم الآخرين، وصعوبات فى التعليم

والتدريب، ويعجز عن فهم العالم من حوله، وتظهر فى سلوكياته الكثير من التكرارية والنمطية والحركات غير الهادفة والعشوائية، ويحار الوالدين فى تحديد مشكلة الطفل ومدى إعاقته. وقد تزايدت نسبة الإصابة بهذا الاضطراب بين الأطفال فى الآونة الأخيرة على مستوى العالم، وفى مقابل هذه الزيادة تزايدت أيضاً الدراسات العلمية والمتخصصة لمعرفة أسبابه وتحليلها، وتواترت البحوث الميدانية للوصول إلى مظاهر هذا الاضطراب وأعراضه كما تبدو فى سلوكيات الأطفال المصابين به ومن ثم تشخيصه بدقة، والتفرقة بينه وبين إعاقات أخرى قد تصيب الطفل فى مراحل نموه الأولى وتتشابه أعراضها مع بعض أعراض هذا الاضطراب، وتطورت وسائل التشخيص حيث بات من المؤكد أنه كلما تم التشخيص فى وقت مبكر وكان التشخيص دقيقاً، كلما زادت فرص الطفل فى الحصول على العلاج اللازم فى الوقت المناسب، كما أن فرصة الطفل فى التعليم والتدريب الملائم له تكون أفضل وأكثر نجاحاً فى إحراز تقدم فى جميع جوانب نموه.

وظهرت محاولات علاجية كثيرة لهذا الاضطراب، وتم إعداد برامج تدريبية وتعليمية وتأهيلية للأطفال المصابين به، وتوصل الباحثون إلى الأساليب التربوية والنفسية السليمة للتعامل مع هؤلاء الأطفال وتربيتهم وتأهيلهم للاندماج فى المجتمع تحقيقاً لحقهم فى حياة كريمة.

وتؤكد نتائج الدراسات التجريبية والتتبعية على أنه كلما تلقى الطفل المصاب باضطراب التوحد (الأوتيزم) نظاماً علاجياً وتعليمياً وتأهيلياً متخصصاً ومتكاملاً، كلما أحرز هذا الطفل تقدماً هائلاً فى نمو قدراته المعرفية والاجتماعية والسلوكية عند سن البلوغ.

من أجل هذا عكف كثير من الباحثين والمهتمين بتربية هؤلاء الأطفال على تطوير البرامج التدريبية والتعليمية والتأهيلية لتناسب احتياجات النمو فى جميع جوانبه [العقلية، والاجتماعية والانفعالية والحركية]. وشمل التدريب والتعليم جميع

المهارات الحياتية اليومية الشخصية والاجتماعية، كما تطورت نظم العلاج الطبى اللازم للحالات التى قد تحتاج لهذا النوع من العلاج.

وكما أنه «لا يوجد شخص واحد يعرف كل شيء»، فإنه «لا يوجد شخص لايعرف أى شيء». فبرغم الصعوبات العديدة التى يعانى منها أطفال التوحد (الأوتيزم) والقصور الشديد فى كثير من نواحى المهارات والسلوك، إلا أن بداخلهم قدرات كامنة وإيجابيات مختبئة تحتاج لمن يستحثها ويخرجها ويستثمرها فى تنميتهم وتنشيط جوانبهم النمائية الأخرى. وقد أطلق بعض الباحثين المهتمين برعاية هؤلاء الأطفال عبارة موجزة تصور حقيقة هؤلاء الأطفال حيث سماهم: «الإيجابية الصامتة».

ورغم التطور المتلاحق فى طرق التشخيص وأساليب العلاج لاضطراب التوحد (الأوتيزم) وكذلك النمو المتزايد لبرامج التعليم والتدريب للأطفال المصابين به إلا أن الكثير من غير المتخصصين لايزالون فى حيرة وارتباك فى فهم المشكلات التى يعانى منها هؤلاء الأطفال، وقد لا يستطيعون التفرقة بينهم وبين الأطفال المصابين بإعاقة نمائية أخرى مثل «الإعاقة العقلية» وذلك بسبب التشابه بين بعض المظاهر فى كلتا الإعاقتين من ناحية، ومن ناحية أخرى، نقص المصادر المرجعية العلمية التى توضح حقيقة هذا الاضطراب بشمولية ودقة، وسهولة فى العبارات ليفهمها العامة والخاصة.

ويضم هذا الكتاب الإجابة على معظم التساؤلات التى تُثار حول هذا الاضطراب، أهمها:

- ما هو اضطراب التوحد أو الأوتيزم؟
- ما مدى انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال؟ وهل ينتشر بين الإناث أكثر من الذكور أم العكس؟
- متى يصاب به الطفل؟ وما هى الأعراض التى تظهر على الطفل المصاب به؟

- وهل هناك خصائص أو سمات معينة يتسم بها الأطفال المصابون به؟ وما هى؟ وهل يفيد معرفة هذه الخصائص والسمات فى تربية هؤلاء الأطفال والتعامل معهم؟

- وكيف نتعرف على الطفل المصاب باضطراب التوحد ونفرق بينه وبين غيره من الأطفال المصابين باضطرابات أخرى شبيهة بهذا الاضطراب؟

- وما هى الأساليب الصحيحة للتعامل مع أطفال التوحد (الأوتيزم)؟

- وما هى طرق علاج هذا الاضطراب؟ وهل يمكن علاج الطفل بطريقة واحدة أم يحتاج إلى أكثر من طريقة؟

- وهل ما يصلح فى علاج بعض الحالات يمكن استخدامه مع بقية الحالات؟

ومما لاشك فيه أن الوالدين فى حاجة ماسة لبعض الإرشادات النفسية والتربوية من أجل تقبل طفلهما وإعطائه الرعاية اللازمة والتوجه به لذوى الاختصاص للحصول على ما يلزمه من برامج علاجية وتعليمية. والكتاب يتضمن هذه الإرشادات، ويزيد عليها ما يلزم للمربين والقائمين على تدريب وتأهيل هؤلاء الأطفال. ومن خلال عشرة فصول يحتويها هذا الكتاب يتم إزاحة الغموض والجدل حول إضطراب من أكبر الاضطرابات التى تصيب الأطفال فى مرحلة النمو الأولى وتؤثر على مختلف نواحى نموهم حيث يبدأ الكتاب بتعريف اضطراب التوحد (الأوتيزم)، ومنذ البداية آليت إلا أن أضع التسميتين الشهيرتين لهذا الاضطراب مقترنتين حيث اشتهر فى الدول العربية باسم (التوحد) واشتهر فى الدول الأجنبية باسم (Austism) وبعض الباحثين انفرد بتسميته كما جاء بالإنجليزية دون ترجمة (الأوتيزم) والبعض الآخر من الباحثين ترجمها فكانت (التوحد). وبعيداً عن الجدل الدائر حول ترجمة الكلمة الإنجليزية أو وضعها كما هى بحروف عربية فإن هذا الأمر لا يهم الطفل المصاب بهذا الاضطراب ولا يعنى ذويه فى شيء. لذا كان كل اهتمامى فى عرض أحدث ما توصل إليه الباحثون والمتخصصون العرب والأجانب

عن هذا الاضطراب وكيفية علاجه وأحدث أساليب العلاج وكيفية تطبيقها، كذلك عرض نتائج الدراسات التجريبية التى طبقت هذه الأساليب العلاجية والبرامج التدريبية والتأهيلية، وأنجح النظم العلاجية المتكاملة والتى تم تطبيقها فى مراكز التدريب والرعاية الخاصة بأطفال التوحد (الأوتيزم)، ونتائج الدراسات التتبعية التى أكدت نجاح تلك النظم فى تحسين أحوال هؤلاء الأطفال.

وبعد تعريف الاضطراب وتحديد من هو الطفل الذى يطلق عليه توحدى أو أوتيزمى تم تعريف عدد من الاضطرابات والإعاقات الأخرى التى تتشابه معه فى بعض الأعراض، وذلك لعدم الخلط بين الاضطراب الذى نحن بصدده وبين الاضطرابات الأخرى. الأمر الذى يعود بالفائدة على كل من الطفل ووالديه. فبالنسبة للوالدين لا يضيعون المال والوقت والجهد بلا فائدة وهم يتخبطون بطفلهم من عيادة طبية لأخرى دون جدوى، وبالنسبة للطفل، يحصل على العلاج والتأهيل اللازم فى الوقت المناسب ولا تضيع عليه فرصة تنميته مبكراً.

ثم نوضح الأسباب والعوامل المؤدية للإصابة بالاضطراب. يلى ذلك عرضاً تفصيلياً للأعراض كما تظهر على الأطفال المصابين بهذا الاضطراب، ويتضمن ذلك الملاحظات الدقيقة والعلمية للباحثين والمتخصصين للحالات التى عُرضت عليهم فى مراحل عمرية مختلفة، كذلك ملاحظات الآباء والأمهات على الأطفال من خلال معايشتهم لأطفالهم منذ ولادتهم.

كما نقدم وصفاً لخصائص الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم) والتى تميزهم عن غيرهم من الأطفال، ويشمل هذا الفصل شرح للآثار السلبية لاضطراب التوحد (الأوتيزم) على جميع نواحى النمو والسلوك للأطفال المصابين به.

ثم يتعرض الفصل السادس من هذا الكتاب لطرق التشخيص الحديثة لاضطراب التوحد (الأوتيزم) ويتضمن ذلك التشخيص «الفارق» والذى بموجبه يمكن التفرقة بين هذا الاضطراب والاضطرابات الأخرى التى قد تتشابه معه فى بعض الأعراض،

كما يتضمن التشخيص «الفردى» والذى نستطيع به الفصل بين حالة طفل وآخر ممن أصيبوا بهذا الاضطراب لكنهم مختلفون فى بعض المظاهر والأعراض الثانوية وكذلك درجة تأثير الاضطراب على نواحى نموهم المختلفة. يلى ذلك الفصل مباشرة طرق العلاج وأنواعه المتوفرة على المستوى العربى والأوروبى والأمريكى، ويتضمن، العلاج الطبى، العلاج النفسى، العلاج البيئى والاجتماعى، العلاج الحركى، العلاج اللغوى وعلاج الحواس.

وفى الفصل الثامن نستعرض عدداً من البرامج التدريبية والتعليمية والتأهيلية لتنمية قدرات الأطفال ذوى اضطراب التوحد (الأوتيزم)، ومحاولات دمجهم فى المجتمع للقيام بأدوار إيجابية تلائم قدراتهم وتضمن لهم الحياة الكريمة بعد البلوغ والرشد.

أما الفصلين التاسع والعاشر نقدم من خلالهما عدداً لا بأس به من التوصيات النفسية والتربوية لمواجهة هذا الاضطراب والتغلب على آثاره السلبية على الأطفال وأسرهم وذويهم، وكذلك الإرشادات التى تعين الوالدين والمربين والمعلمين فى التعامل مع الأطفال عند تعليمهم وتدريبهم من أجل الاستفادة القصوى من برامج العلاج والتدريب والتعليم المعدة لهم واستثمار قدراتهم وتنميتها، وبذلك يمكن تحويل هؤلاء الأطفال من السلبية إلى الإيجابية، ومن العزلة إلى التواصل، ومن الصمت إلى التفاعل، ومن الانزواء إلى الحركة والعطاء.

والله ولى التوفيق

المؤلفة

دكتورة علا عبدالباقى إبراهيم

أستاذ الصحة النفسية

أولاً:

تعريف اضطراب التوحد (الأوتيزم)

أولاً: تعريف اضطراب التوحد (الأوتيزم)

يُعتبر اضطراب التوحد (الأوتيزم) خللاً في النمو العام للطفل، ويظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره، وينتج هذا الخلل من اضطراب في الجهاز العصبي يؤثر على الأداء الوظيفي للمخ. فيلاحظ على الطفل قصور شديد في التفاعل الاجتماعي، والنمو الإدراكي، والتواصل، وفهم اللغة وتأخر شديد في اكتسابها، ونقص في القدرة على التخيل والتصور وضعف الاهتمامات، وتدهور شديد في العلاقات الاجتماعية، ويبدى الطفل عزوفاً عن الاتصال بمن حوله حتى مع الوالدين والأخوة، وتصدر منه حركات متكررة لا يغيرها. ويطلق على هذا الاضطراب «الاضطراب النمائي الشامل أو المنتشر» لأنه يتضمن خللاً في جميع جوانب النمو، فيشمل الانتباه، والإدراك والتعلم واللغة والمهارات الاجتماعية، والاتصال بالواقع، والمهارات الحركية والسلوكية.

وقد اختلف الباحثون في استخدام مصطلح واحد للتعبير عن هذا الاضطراب. فالبعض يطلق عليه (التوحد)، والبعض يسميه (أوتيزم)، وآخرون يسمونه (الذاتوية الطفلية). ويرجع هذا الاختلاف إلى عدم الاتفاق في ترجمة المصطلحات الأجنبية التي تعبر عن الاضطرابات النمائية التي تصيب الطفل في مراحله العمرية المبكرة والتي تختلف كثيراً عن الإعاقة الذهنية المعروفة. إن المصطلح الأجنبي المعبر عن أعراض ومظاهر الاضطراب الذى نحن بصدده هو: (Autism) أوتيزم. وكان من الممكن أن يظل كما هو بلا ترجمة شأنه شأن مرض الهيستيريا أو مصطلح (Hysteria) حيث شاع استخدامه كما هو، وظل للآن يعبر عن زملة من الأعراض المرضية النفسية والحركية. واتفق عليها الجميع. إلا أن الأمر قد اختلف عند تناول هذا الإضطراب النمائى الطفولى، حيث بدا لبعض الأطفال أنه نوع من انشغال الطفل

بذاته فسماه «الذاتوية الطفلية». وبدا لبعض الباحثين النفسيين أنه اجترار لأنماط سلوكية خاصة بالطفل وحده فسموه «توحدا» أو «الاجترارية أو التكرارية».

لكن الجميع قد اجتهدوا فى إجراء البحوث والدراسات الوصفية والتجريبية لتحديد ملامح هذا الاضطراب ورصد الأعراض كماتظهر على الأطفال المصابين به، وبُذلت محاولات عديدة ولازالت تُبذل للوقوف على أسبابه وكيفية تشخيصه فضلاً عن علاجه وأساليب التعامل مع الأطفال المصابين به.

وإن كانت البحوث الخاصة بالعلاج وطرق التعامل مع هذا الاضطراب لازالت قليلة فى المنطقة العربية، إلا أنها تقدمت بشكل كبير فى الولايات المتحدة الأمريكية وبعض دول أوروبا.

وفى بدايات ظهور هذا الاضطراب اختُلف على تصنيفه، حيث أُدرج ضمن الاضطرابات العقلية، ثم انتقل التصنيف إلى الاضطرابات الانفعالية، ومع تقدم البحوث ووضوح الأعراض المميزة لهذا الاضطراب استقرت الآراء فى جميع الأوساط العلمية والبحثية على تصنيفه ضمن

الاضطرابات النمائية Developmental Disorders.

ففى عام (١٩٩٢) حددت منظمة الصحة العالمية (WHO) اضطراب التوحد أو (الأوتيزم Autism) بأنه اضطراب نمائى يشمل خللاً فى معظم جوانب نمو الطفل ويصيبه قبل أن يبلغ الثالثة من عمره، ويبدو هذا الخلل فى مجموعة من الأعراض كما يلى:

- عجز فى الانتباه.
- نقص فى التواصل.
- عجز فى التفاعل الاجتماعى.
- اضطراب فى الكلام.
- ضعف شديد فى اللغة.

وفـــى عـــام (١٩٩٤) عرفتـه الجـمعيـــة الأمـريكيـــة لـلــطب النفسى American psychiatric Assoction بأنه ضعف عام فى الـنمو اللغوى والاجتماعى واللفظـى، ونقص شديد فى التـواصل اللفظى وغيـر اللفظى والسلوك الحـركى. ويظهر ذلـك خلال الثـلاث سنوات الأولى من عـمر الـطفل مما يؤثر على قـدرته على التـعليم والتدريـب واكتـساب الخـبـرة. وقد يرفـض الطفل أى خبـرات جديدة، ويظل مرتبطاً بتكرار آلى لمقاطع معينة من كلمات محددة لا يغيرها. وتوالت جهود الباحثين والمتخصصين بعد ذلك لتعريف هذا الاضطراب.

حـيث يعرفـه بوير Bauer (١٩٩٥) على أنه أحـد الاضطرابات النمائيـة الحادة والشديدة التى تصيب معظم جوانب النمـو، وأن المصابين به يعانون من قصور شديد فى الصلات الاجتماعية، وتدهور فى مهارات التواصل، وضعف فى مهارات اللعب التخـيلى (الإيهامى)، مع وجـود سلوكيات نمطيـة شاذة، وسلوكـيات متكررة وغـير سوية.

ويعرفه هاولين Hawlin (١٩٩٥) بأنه اضطراب شامل فى النمو الارتقائى يتسم بقصور شـديد فى الإدراك الحسي واللغة، مع نزعـة انطوائية انسحابيـة وانغلاق على الذات، وجمـود عاطفى وانفعـالى، ويبدو الطفل وكأن جهـازه العصبى مـتوقف عن العمل وأن أحـاسيـسه متـوقفـة، ويعيش منغلقـاً على ذاته فى عالمه الخـاص، ويُظهر حركات عشوائية نمطية غير هادفة لفترات طويلة.

كما يعرفه ولاس وآخرون Wallasce et al (١٩٩٧) بأنه اضطراب نمائى يتسم بنقص واضح فى التفاعل والتواصل واللغة ويظهر عـادة قبل الشهر الثلاثين من عمر الطفل.

ثم يعرفه رئيس الجمعـية الأمريكية للأوتيزم (١٩٩٩) American Society of aytism على أنه نوع من الاضطرابات

التطوريـة التى تظهـر خـلال الثـلاث سنوات الأولى مـن عـمـر الطفل، ويـنتج من اضطرابات عصبـية تؤثر على وظائف المخ فتؤثر بالتالى على مـختلف نواحى النمو،

فيصعب على الطفل التواصل الاجتماعى سواء كان هذا التواصل لفظى أو غير لفظى، وقد يستجيب الطفل المصاب بالأوتيزم (التوحد) للأشياء أكثر من الاستجابة للأشخاص، ويثور بشدة فى مواجهة محاولات التغيير فى حركاته النمطية المتكررة. ودائماً يكرر حركات جسمية أو مقاطع من كلمات بطريقة آلية.

وعرفت دائرة المعارف العامة (١٩٩٩) اضطراب الأوتيزم (التوحد) بأنه عجز شديد فى الجهاز العصبى ينتج

عنه ضعف واضح فى قدرات الطفل على التعلم واكتساب المعلومات، وأن هذا الاضطراب يؤثر على جميع الوظائف الخاصة للمخ، مما يشير إلى وجود اضطراب بيولوجى فى الناحية التطورية للمخ. وتظهر أعراض الأوتيزم (التوحد) فى خلال الثلاث سنوات الأولي من عمر الطفل وتبدو فى عدم القدرة على التخاطب الطبيعى، وعدم التواصل الاجتماعى، وعدم القدرة على اللعب التخيلى، ويصدر من الطفل حركات غريبة غير هادفة وعشوائية متكررة ونمطية، ويؤديها الطفل لفترات طويلة ولا يستطيع الاستغناء عنها، ويظهر عليه التبلد فى المشاعر والأحاسيس، ولا يبدى استجابة تجاه الألم والخطر، ويبدى استجابات عنيفة ضد أى تغيير. وقد يعانى بعض أطفال الأوتيزم (التوحد) من تأخر فى النمو العقلى بدرجات متفاوتة.

وقام عدد من الباحثين فى مجال الاضطرابات النمائية بإجراء مجموعة من الدراسات من أجل توصيف اضطراب التوحد (الأوتيزم) وتشخيصه تمهيداً لعلاجه والتعامل مع الأطفال المصابين به وتدريبهم.

وقد توصل كابوت وزملائه Kabot, S,et al (٢٠٠٣) إلى تعريف أكثر شمولية للسمات الأساسية لهذا الاضطراب فقالوا: إنه اضطراب يمكن التعرف عليه من خلال ثلاثة محاور تعتمد على بعضها البعض وتظهر فى آن واحد وهى:

- أنه اضطراب عصبى يرتبط بنمو المخ.
- أنه اضطراب نفسى يشمل النمو المعرفى والانفعالى والسلوكى.

- أنه اضطراب فى النمو الاجتماعى يفصح عن عجز شديد فى العلاقات الاجتماعية والتواصل، وفشل فى الاتصال بالبيئة الاجتماعية. ومن ثم فالطفل المصاب بهذا الاضطراب لا يستطيع الاستجابة للمثيرات الحسية. ولديه قصور شديد فى نمو اللغة والكلام. ويلاحظ عليه سلوكيات تكرارية نمطية غير هادفة. ودائماً تتضح معالم هذا الاضطراب خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل.

أما عن تعريف الطفل المصاب بالتوحد (الأوتيزم)، وكيف يمكن وصف طفل بأنه من فئة التوحد (الأوتيزم)، أو أنه طفل توحدى، نستعرض فيما يلى اجتهادات الباحثين والمتخصصين فى هذا المضمار منذ بداية ظهور هذا الاضطراب وحتى الآن:

تعريف الطفل الأوتيزم (التوحدى):

حاول كثير من الباحثين والمتخصصين تعريف الطفل المصاب باضطراب الأوتيزم (التوحد)، وذلك من أجل التمييز بينه وبين الأطفال المصابين باضطرابات نمائية أخرى، أو إعاقات عقلية تتشابه بعض أعراضها مع أعراض اضطراب الأوتيزم (التوحد).

وفيما يلى نستعرض أهم تلك المحاولات:

كان أول من اهتم بتعريف الطفل الأوتيزم (التوحدى) كانر Kanner (١٩٥٦)، حيث وصفه بأنه ذلك الطفل الذى يعيش فى وحدة مفرطة، ولا يستطيع الاندماج مع غيره، وكل تفاعلاته موجهة نحو نفسه، ويميل للرتابة فى الحركات ولا يستطيع التغيير.

ويعتبر ليو كانر Leo Kanner أول مكتشف لاضطراب الأوتيزم (التوحد) وهو طبيب نفسى للأطفال وقد استعمل مصطلح (الأوتيزم Autism) لأول مرة عندما وصف مجموعة من الأطفال المنزوين والمنطوين على أنفسهم بالأوتيزم أو (التوحد).

ثم أضاف كانر بعد ذلك إلى التعريف السابق، عدم قدرة الطفل على استخدام

اللغة والتأخر فى اكتسابها، والتأخر فى التحدث، والكلام المتقطع، وتكرار سلوكيات غير مقبولة بطريقة نمطية.

وعرفه رمضان محمد (١٩٨٨) بأنه الطفل الذى يعانى بشكل واضح من صعوبة في استقبال المعلومات وتوصيلها للآخرين، ويقوم بسلوكيات غير ملائمة لكنه يكررها، ولديه نقص فى القدرة على التعلم وفهم اللغة، فضلاً عن صعوبة استخدامها. وأن الطفل يعانى من إضطراب فى الإدراك الحركى والبصرى والسمعى.

ويصفه نلسون وإسرائيل Nelson, Israel (١٩٩١) بأنه الطفل العاجز عن التفاعل مع الآخرين، ويفضل الوحدة، ولا يشعر بالآخرين ولا يحس بوجودهم وكأنهم جوامد.

أما محمود عبدالرحمن (١٩٩٨) فيعرف الطفل التوحدى بأنه يعانى خللاً فى التفاعل الاجتماعى، ويفشل دائماً في عمل علاقات بالآخرين، ولا يستجيب لهم، ولا يهتم بهم، ويبدو عليه عدم التواصل بالعينين أو الوجه، ولا يحب الاقتراب من الآخرين ولا ملامستهم، ولديه نقص شديد فى التخيل والتصور، واللعب الخيالى وكذلك اللعب الجماعى.

ويتفق الباحثون والمتخصصون فى هذا المجال على أن أبرز السمات المميزة لأطفال الأوتيزم (التوحد) هى:

- عدم القدرة على التواصل مع الآخرين.
- الانطواء على النفس وعدم القدرة على فهم اللغة.
- الرتابة والنمطية فى حركات غير هادفة.

* وتؤكد على هذه السمات إحدى المتعاملات مع هؤلاء الأطفال فى كاريتاس مصر (مركز التدريب للأطفال المعاقين) وتضيف: «إن الطفل التوحدى (الأوتيزم) لا ينظر مباشرة للآخرين، وتبدو سلوكياته متباعدة وغير هادفة وخالية من ردود الأفعال لما حوله كأنه لا يتأثر ولا يحس بمن حوله، ويبدو منشغلاً بالأنماط السلوكية التكرارية».

وقد عرفه إبراهيم بدر (٢٠٠٤) بأنه «الطفل الذى فقد الاتصال بالآخرين أو لم يحقق هذا الاتصال قط، وهو منسحب تماماً، ومنشغل انشغالاً كاملاً بخيالاته وبسلوكيات مقولبة Sterotyped Behaviors كبرم الأشياء أو لفها أو الهزهزة، ومن خصائصه اللامبالاة إزاء الوالدين والآخرين، وعجزه عن تحمل التغيير، وعيوب النطق وأحياناً عدم النطق».

ويصفه هشام الخولى (٢٠٠٨) بأنه «ضعيف الانتباه وخاصة الانتباه المشترك، حيث يبدو الطفل وكأنه أصم فهو لا يعير الآخرين أى اهتمام أو انتباه، ولا يعير الأصوات أى انتباه أو اهتمام، وتظهر عليه فى كثير من الأحيان علامات اللامبالاة السمعية على الرغم من أنه ليس بأصم ولا ضعيف السمع، بل على العكس من ذلك كما أن طفل الأوتيزم يتأخر لديه نمو اللغة والكلام، ويلاحظ عليه القصور الشديد فى التواصل والتفاعل الاجتماعى، ويتصف سلوكه بالنمطية والتكرار، ويعانى من نقص فى اللعب التخيلى والاجتماعى المناسب لمستوى النمو، فهو يفتقد لخبرات اللعب المبكرة وما يترتب على ذلك من عدم استخدام الألعاب والأشياء بأسلوب عادى مثل الأطفال الآخرين، فنجده مثلاً منشغل بتدوير عجلات السيارة اللعبة بدلاً من اللعب بها فى سباق أو لعبة قيادة».

ثانياً

مدى انتشار اضطراب التوحد (الأوتيزم)

ثانياً: مدى انتشار اضطراب التوحد (الأوتيزم)

تشير آخر الإحصائيات التي أعدها الاتحاد القومي لدراسات وبحوث التوحد (الأوتيزم) بالولايات المتحدة الأمريكية إلى أن نسبة انتشار هذا الاضطراب قد ارتفعت بدرجة كبيرة، حيث أصبحت نسبته خمسة عشر ضعفاً عما كانت عليه في السنوات الماضية.

ويعلن مركز يوتاما للتدخل الطبي الحيوي في الولايات المتحدة الأمريكية نقلاً عن Center of Disease Control (CDC) أن نسبة اضطراب التوحد (الأوتيزم) أصبحت حالياً حوالي ١:١٥٠٠ حالة في كل ألف وخمسمائة حالة ولادة. كما يذكر مركز رعاية الأطفال وتنميتهم في ولاية كاليفورنيا International child Development Resource Center أن الارتفاع في نسبة الإصابة بالتوحد (الأوتيزم) وصل إلى ١١٠٪ في السنة حيث بلغت نسبة الأطفال المصابين بهذا الاضطراب في ولاية كاليفورنيا حالة في كل مائة وستون حالة ولادة في آخر إحصائية أجراها المركز بينما كانت هذه النسبة عام ٢٠٠٤ هي ١:٢٥٠٠ أي طفلاً في كل ألفين وخمسمائة حالة ولادة. وأن هذه النسبة كانت في التسعينيات لا تتعدى ٣ حالات في كل عشرة آلاف حالة ولادة.

وتؤكد البحوث التي أجريت من الفترة التي تمتد من عام ١٩٩٤ وحتى عام ٢٠٠٤ أن نسبة الإصابة باضطراب التوحد (الأوتيزم) زادت بما يقرب من عشرة أضعاف خلال تلك السنوات العشر عما كانت عليه خلال السنوات السابقة على ذلك التاريخ. وهذا يؤكد تزايد أعداد الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم) عاماً بعد عام.

وتفيد التقارير التى صدرت عام ٢٠٠٤ من منظمة الصحة العالمية (W.H.O) إلى أن نسبة الإصابة باضطراب التوحد (الأوتيزم) فى زيادة مستمرة، حيث بلغت فى بعض البلدان مثل: [المملكة المتحدة، وأوروبا، وآسيا] من ٢ إلى ٦ أطفال من كل ألف طفل. وتؤكد هذه التقارير على أن اضطراب التوحد (الأوتيزم) موجود فى جميع المستويات الاجتماعية والاقتصادية والجنسيات المختلفة.

كما تؤكد نتائج الدراسات التى أجريت فى هذا الصدد على أن اضطراب التوحد (الأوتيزم) يظهر فى جميع المجتمعات والمستويات الثقافية والاجتماعية والاقتصادية، بغض النظر عن حالات الفقر أو الغنى أو مستوى التعليم للأسرة. كما أن أعداد المصابين به آخذة فى الازدياد سواء فى الدول الأوروبية أو الأمريكية وغيرها من الدول الأجنبية أو فى الدول العربية على حد سواء.

وتشير نتائج الدراسات المتواترة والحديثة فى الداخل والخارج إلى أن نسبة الزيادة فى هذا الاضطراب أعلى من تزايد نسبة أى اضطراب آخر مثل الصرع والشلل الدماغى والتخلف العقلى وأنه لا يوجد ارتباط بين الإصابة به وبين دخل الأسرة أو حالتها الاجتماعية ولا بمستواها التعليمى أو الثقافى ولا بنمطها فى العيش. كما أنه لا يتوطن فى بلاد بعينها دون غيرها من البلدان، فهو اضطراب ليس له أصل عرقى. بيد أنه يصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة ١:٤ تقريباً.

ولم يثبت فى أى دراسة وجود ارتباط بين العوامل الاقتصادية والاجتماعية أو العرقية أو الثقافية وبين الإصابة باضطراب التوحد (الأوتيزم).

فى إحصائية لكلية الصحة العامة وعلومها بجامعة البلمند ببيروت العدد ٣٧ لعام ٢٠٠٣، أشارت إلى وجود حالة توحد (أوتيزم) فى كل مائة مولود. وأكدت أن هذا الاضطراب يظهر فى الأطفال بغض النظر عن المستوى الاجتماعى والاقتصادى للأسرة، وأنه يحدث عند الإناث أقل من الذكور بنسبة ١:٤. وأن أعراضه تبدو واضحة على الطفل بعد ولادته بثلاثين شهراً.

كما يشير البحث الإحصائى للاتحاد القومى لدراسات وبحوث التوحد

(الأوتيزم) فى الولايات المتحدة الأمريكية لعام ٢٠٠٣ إلى أن نسبة اضطراب التوحد (الأوتيزم) قد ارتفعت بدرجة كبيرة عن الاضطرابات الأخرى التى تصيب الأطفال فى فترة النمو الأولى، حتى إنه تجاوز متلازمة داون Down's Syndrom- وهى من حالات الضعف العقلى- فى الترتيب، بعد أن كانت تلك الحالات تسبقه خلال السنوات الماضية. وبذلك أصبح اضطراب التوحد (الأوتيزم) هو ثانى أكثر الإعاقات النمائية انتشاراً حيث تأتى الإعاقة العقلية قبله مباشرة وأما متلازمة أعراض داون فتأتى بعده.

ويشير عبدالرحمن سليمان (٢٠٠٢) إلى أن اضطراب التوحد (الأوتيزم) يحدث بنسبة ١:٢٥٠٠، وقد يظهر منذ الولادة وتتوالى الأعراض فى الظهور حتى تكتمل فى عمر السنتين إلى ثلاث سنوات، وقد لا تظهر الأعراض إلا بعد مرور عامين كاملين من عمر الطفل ثم تظهر بشكل فجائى وتتدهور الحالة فى ثلاث سنوات حيث تكتمل الأعراض فى هذا العمر بعد أن يكون الطفل قد نما نمواً عادياً خلال العامين الأول والثانى.

ودراسات أخرى تشير إلى أن اضطراب التوحد (الأوتيزم) فيما بين عامى ٢٠٠٠، ٢٠٠١ قد انتشر فى الولايات المتحدة الأمريكية بنسبة تقرب من ١٠-١٥ طفل من بين عشرة آلاف طفل مولود. وأنه يحدث بمعدل أعلى عند الذكور أكثر من الإناث بنسبة (٤) عند البنين و(١) عند الإناث. ولم تذكر الدراسات أسباب زيادة الإصابة عند الذكور عن الإناث، ولكنها تشير إلى أن إصابة الإناث تكون أكثر صعوبة عن الذكور حيث تكون الأعراض من النوع الشديد إذا ما قورنت بمثيلتها عند الذكور.

وبعض الدراسات التى أجراها المعهد القومى للتوحد (الأوتيزم) تصرح بأن معظم الذكور المصابين باضطراب التوحد هم أوائل مواليد لآبائهم. لكن هذه الدراسات لم تبحث أسباب ذلك. وتؤكد أن البنات المصابات بهذا الاضطراب يكن أشد تأثراً سلبياً عن الذكور.

ويذكر حسن مصطفى (٢٠٠١) أن نسبة انتشار اضطراب التوحد (الأوتيزم) بين الأطفال تبلغ من ١-٥ لكل عشرة آلاف طفل تحت عمر ١٢ عاماً. ويؤكد على أن هذا الاضطراب يوجد لدى الذكور بنسبة أكبر من وجوده بين الإناث بمقدار (٥:٣) لدى الأولاد مقارنة بالبنات، وأن إصابات البنات تكون أكثر حدة من إصابة البنين ويظهر هذا بمقارنة أعراض الاضطراب على كل من البنين والبنات فى الحالات المتماثلة.

وفى الإحصائية التى صدرت عام (١٩٩٩) عن الجمعية الأمريكية للتوحد (الأوتيزم) The Autism Society of America تشير إلى أن اضطراب التوحد (الأوتيزم) يحدث لفرد واحد بين كل خمسة آلاف فرد وأن انتشاره بين الذكور يزيد على انتشاره بين الإناث بأربعة أضعاف. وفي نفس الإحصائية إعلان عن عدد المصابين بهذا الاضطراب في الولايات المتحدة الأمريكية فى ذلك الوقت وهم حوالى ٥٠٠,٠٠٠ خمسمائة ألف شخص. ويعلن المركز الإحصائى التابع للجمعية المذكورة أن اضطراب التوحد (الأوتيزم) أصبح من أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً بعد الإعاقة العقلية.

وتشير بعض الإحصائيات اليت صدرت عن نفس الجمعية المشار إليها إلى أن نسبة انتشار هذا الاضطراب فى الولايات المتحدة الأمريكية تبلغ ٠,٦٪. بينما تبلغ فى اليابان ٠,١٣٪ تقريباً وفى المملكة المتحدة ٠,٠١٪ أما الصين فتشير الإحصائيات أنها أقل دول العالم في انتشار هذا الاضطراب حيث تبلغ نسبة انتشاره بها حوالى ٠,٠٠٤٪.

ويقرر لويس مليكة (١٩٩٨) أن نسبة انتشار اضطراب التوحد (الأوتيزم) هى من ٢:٤ حالات لكل عشرة آلاف حالة ولادة، وذلك فى كل من الولايات المتحدة، والمملكة المتحدة، والسويد، والدانمارك، واستراليا وأفريقيا. وأن هناك تفاوت فى النسبة من دولة لأخرى. وأنه ينتشر بنسبة أكبر بين الأولاد فى كل العينات التى شملتها الدراسات.

وتقدر النسبة فى الزيادة بين البنين والبنات من ٣:٤. ولم تؤكد نتائج الدراسات تأثير العوامل الاقتصادية أو الثقافية والاجتماعية على انتشار هذا الاضطراب. وخلال الأعوام من ١٩٩٠ وحتى ١٩٩٦ دلت الإحصائيات أنه يوجد فى الولايات المتحدة ما يقرب من ٣٦٠٠٠٠ ثلاثمائة وستون ألف فرد مصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم)، وأن ثلث هذا العدد من الأطفال. وكان هذا الاضطراب فى ذلك الوقت أكثر شيوعاً بين الأطفال بعد كل من: [الإعاقة العقلية، والصرع، والشلل الدماغى]، وأنه يحدث فى أربعة أطفال كل عشرة آلاف طفل. وتؤكد هذه الإحصاءات زيادة نسبة حدوث هذا الاضطراب بين الذكور عن الإناث، وأن مجالات القصور فى النمو نتيجة الإصابة به تكون عند الإناث أكثر حدة من الذكور.

وأما عن انتشار اضطراب التوحد (الأوتيزم) فى مصر تشير بعض الإحصائيات أنه يوجد حوالى ٣٠٠٠٠٠ ثلاثمائة ألف مصاب به من الأطفال والكبار.

وبرغم تواتر الإحصائيات عن هذا الاضطراب فى الولايات المتحدة الأمريكية وبعض دول أوروبا، إلا أنها فى الدول العربية لازالت قليلة بحيث لا توضح النسبة الحقيقية لمدى انتشار هذا الاضطراب فى المنطقة العربية. ولكن معظم الدراسات التى أجريت فى هذا المضمار تؤكد على أن اضطراب التوحد (الأوتيزم) يظهر فى جميع الدول وفى كل المجتمعات الثقافية والاجتماعية والاقتصادية، ولا يرتبط ظهوره بطبقة أو سلالة دون أخرى ولا بالمستويات التعليمية للأسر. وأن الأعداد المصابة بهذا الاضطراب آخذة فى الازدياد وأنه يصيب الذكور أكثر من الإناث، كما أن إصابة الإناث دائماً تكون أشد وطأة من إصابات الذكور.

ثالثاً

أعراض اضطراب التوحد (الأوتيزم)

ثالثاً: أعراض اضطراب التوحد (الأوتيزم)

إن مظاهر هذا الاضطراب كثيرة ومتعددة حيث تشمل معظم جوانب النمو، لكنها تتفاوت من حيث الشدة والاستمرارية والعمر الذى تظهر فيه من طفل لآخر.

ومن الأهمية بمكان التعرف على هذه الأعراض من أجل التشخيص السليم ومن ثم تقديم العلاج والرعاية المناسبة لكل حالة. فقد تتشابه بعض أعراض هذا الاضطراب مع أعراض الإعاقة العقلية أو مع بعض الاضطرابات الانفعالية مثل الاكتئاب.

وينبغى عند تحديد الأعراض الأخذ فى الاعتبار أنه ليس من الضرورى ظهور جميع الأعراض فى كل حالة، فقد تظهر بعضها فى حالة معينة، ويظهر البعض الآخر فى حالة أخرى.

كما أن بعض الأعراض قد يبدأ فى الظهور فى خلال الشهور الستة الأولى بعد الميلاد عند بعض الأطفال، ولكن أغلب الأعراض يكون ظهورها فيما بين العاملين الثانى والثالث عند معظم الحالات.

وبرغم وجود مستويات لهذا الاضطراب النمائى تتراوح بين البسيط والشديد، إلا أنه فى جميع مستوياته له خصائص واضحة تتميز به جميع الحالات ومنها:

١- صعوبة التواصل.

٢- اضطراب التفاعل الاجتماعى.

٣- السلوكيات النمطية المتكررة.

٤- نقص الانتباه وما يترتب عليه من عجز فى اللغة والنمو الاجتماعى.

٥- العجز عن التقليد واكتساب مهارات اللعب.

وتعتبر هذه الخصائص الخمسة أعراضاً عامة لهذا الاضطراب وعادة ما تبدأ الأعراض فى ضعف الانتباه، وخاصة الانتباه المترابط Joint attention حيث يبدو الطفل كأنه أصم فهو لا يعير الآخرين أى اهتمام ولا ينتبه لأصواتهم كأنهم لا يقولون شيئاً وكأنه لا يسمع شيئاً على الرغم من أنه ليس بأصم ولا ضعيف السمع حيث تؤكد فحوصات الجهاز السمعى أنه سليم عضوياً وقد يكون حساساً للصوت بدرجة كبيرة.

ثم يتوالى ظهور الأعراض الأخرى وأهمها:

- تأخر اللغة والكلام.
- نقص وقصور فى التواصل والتفاعل الاجتماعى.
- السلوك النمطى والتكرارى.

ويفسر بعض الباحثين النفسيين أعراض اضطراب الأوتيزم على أنها وسائل للتقهقر النفسى. وأن الدافع إلى ذلك هو حاجة الطفل إلى الدفاع عن ذاته من الحقيقة الخارجية والداخلية أيضاً، فكل منهما مهدد لأعماق الطفل، فمثيرات العالم الخارجى تخيفه، ومثيرات العالم الداخلى مؤلمة له ومتأصلة فى جسمه مما يترتب عليه انفصال الطفل عن العالم الخارجى وأيضاً عن العالم الداخلى.

وهذا ما يظهر فى عدم تواصله مع من حوله من ناحية وعدم قدرته على التعبير عن نفسه وحاجاته من ناحية أخرى.

ومن الأعراض الشائعة لاضطراب التوحد (الأوتيزم) والتى تظهر جلية واضحة لمن يعايش الأطفال المصابين به وخاصة بعد نهاية السنة الأولى من العمر ما يلى:

- لا يسلم على أحد ولا يعير التفاتاً لمن يحاول ذلك معه.
- يبدو الطفل وكأنه يعيش فى عالم خاص.

- لا يحاول التفاعل ولا التواصل لفظياً أو غير لفظى.
- قد تصدر منه همهمات أو بعض الضجيج لكن ذلك لا يكون تخاطبياً.
- إذا صدرت من الطفل بعض الإشارات أو الإيمـاءات، فلا يكون لها معنى ولا مغزى.
- لا ينادى على الأم ولا على الأب، ولا يحاول الاقتراب منهما.
- تظهر من الطفل سلوكيات نمطية جامدة ومتكررة وغير هادفة.
- ينسحب من بين الآخرين ويتقوقع داخل ذاته.
- لا يهتم باللُّعب التى يهتم به قرنائه من الأطفال العاديين.
- نادراً ما يلعب، وإذا اندمج فى لعبة يكون لعبه تكرارى جداً.
- لا ينتبه لمحاولات الآخرين للتواصل معه.
- لا يستخدم أى إشارة أو إيماءة لتوضيح مـا يريده. وإذا أراد شيئاً ما يمسك بيد الأم أو الأب أو أحد الأخوة الكبار ويقوده إلى هذا الشىء.
- يتجنب الاتصال الجسمى.
- يميل إلى الثبات، والحملقة معظم الوقت.
- إذا رسم تكون رسوماته متقطعة غير مترابطة.
- يفتقد التقليد لما يفعله الأطفال الآخرون من العاديين ولا يحاكيهم.
- سلوك اللعب محدود وقاصر على التعامل اليدوى البسيط.
- قد يفضل الطفل لعباً معينة ويكره لعباً أخرى.
- يفتـقد إلى اللعب الإيهـامى أو الرمزى. وهذه السـمة ترتبط بعـدم القدرة على التخيل والتصور، وهى قدرة عقلية تظهر عند الأطفال العاديين فى سن الرابعة أو الخامسة.

- لا يُظهـر الطفل المصاب بالتـوحد (الأوتيـزم) أى رغبـة فى مشـاركة الأطـفال الآخرون لعبهم. فهو يفضل اللَّعب بمفـرده وبطريقته التى يغلب عليها النمطية والتكرار والرتابة. ودائمـاً ما تكون نوعـية لعـبه أقل من عـمره العقلى عـندما تقارنه بأقرانه فى مثل عمره.
- ويلاحظ دائمـاً على الأطفـال المصـابين باضطراب التـوحـد (الأوتيـزم) نقص شديد فى نمو المهارات المعرفية.
- الإتيان بحـركات آليـة وشاذة فى كـثير من الأحـيان مـثل: (زم الوجه، ورفـرفة الذراعين، والمشى على أطراف الأصابع).
- كما أنهـم لا يستجـيبون للمثيرات الحسيـة مثل الحرارة أو البرودة أو الألم. وقد يستـجيبـون بحساسيـة مفرطة لأشـياء أخرى مـثل: قفل الأذنين تجنباً لسـماع صوت مـعين أو الابتـعاد تجنباً أن يلمـسه أحـد. ويأتى الطفل بحركـات شاذة عندما يستيقظ مثل: (هز الرأس، وأرجحتها، أو خبطها).
- تقلب الوجدان حيث يضحك أو يبكى دون سـبب واضح، ولا يُظهر خوفاً فى مواقف الخطر، بينما يبدو خائفاً من أشياء أو أحداث غير مؤذية ولا تثير خوفاً بطبيعتها.

ويُجمع الباحثون على أن الأطفال المصابون باضطراب التوحد (الأوتيزم) يميلون إلى غيـرهـم من الأطفال، ويفتـقدون القدرة على الانتمـاء للآخرين، ولا يستطيـعون التعبير عن أنفسهم، ويعانون من اضطرابات سلوكيـة، واجتماعية، وانفعالية، وذهنية أيضاً حيث يبدو عليهم اضطراب الإدراك وتأخر اللغة واضطراب الفهم.

وفى بحث قام به عدد من الباحثين لوصـف السلوكيات والتصرفات التى تُلاحَظ على الأطفـال المصـابين بهذا الاضطـراب واستـخدم فـى هذا البحث الاسـتـبيـانات والملاحظ المقننة، والمـقابلات مع الآباء والأمـهـات لعـدد كـبيـر من هؤلاء الأطفـال وكذلك المشرفين على رعايتهم وتدريبهم. وكانت نتائج البحث على النحو التالى:

- الانفصال عن الواقع كأنهم لا يسمعون.

- لا يهتمون بمن حولهم ويبتعدون عن الآخرين مبدين عدم الرغبة فى صحبتهم أو تلقى الحب منهم. وأهم ما يلاحظ فى هذا الصدد هو عدم استجابة الأطفال لمشاعر الوالدين وانفعالاتهم العاطفية نحوهم، فلا يبادلونهم نفس المشاعر، كما أنهم لا يستجيبون للمثيرات التى تأتيهم عن طريق غيرهم من البشر، وقد يظل الطفل معظم وقته فى حالة سكون لا يطلب من أحد الاهتمام به.

- لا يُقبلون على من يحاول احتضانهم، ويرفضون الملاطفة والملاعبة.

- يظهر الحزن على وجوه هؤلاء الأطفال دون أن يكونوا كذلك، وكأنهم غير قادرين على إظهار انفعالاتهم بما يتناسب مع المواقف التى يتعرضون لها.

- لا يعبرون عن إحساسهم بالألم، ولا يفرون من المخاطر التى قد تلحق بهم الأذى، ويعيدون التعرض لها المرة تلو الأخرى على الرغم من الأضرار التى تلحق بهم فى كل مرة.

- تصدر من هؤلاء الأطفال سلوكيات نمطية متكررة خاصة فى اللعب ببعض الأشياء بطريقة معينة، أو تحريك الجسم بشكل معين وبدون توقف دون أن يظهر عليهم الملل أو التعب. ومن الحركات المتكررة للجسم (الرفرفة باليدين وهز الرأس أو الجسم).

- بعض الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم) كثيرى الحركة لكنها حركات عشوائية غير هادفة، وبعضهم يميلون إلى السكون والجمود ويبدو عليهم العزلة عن العالم من حولهم حسياً وحركياً.

بعض الأطفال يبتسمون للأشياء دون الناس، وقد يضحكون أن يكون لأسباب غير واضحة وفى مواقف وأوقات غير مناسبة لانفعال الضحك أو البكاء. لكنهم يغضبون بشدة إذا تدخل أحد فى شؤونهم، مثل تغيير مكان الجلوس أو النوم، أو محاولة تغيير حركاتهم أو لعبهم. حيث يبدو عليهم التعلق الشديد بالأشياء.

- معظم هؤلاء الأطفال فى سن الرضاعة لا يقبلون على الرضاعة الطبيعية ويفضلون الرضاعة الصناعية حيث لا يحبون الحمل أو الالتصاق الجسدى حتى مع الأم. وهذا يفسره افتقادهم للاتصال والتواصل وعدم القدرة على ذلك. (وهذا العَرَض من أهم أعراض اضطراب التوحد (الأوتيزم) وأبرزها).

ومن خلال نتائج الدراسات والبحوث التى أجريت فى هذا المجال يمكن تحديد الجوانب التى تظهر عليها أعراض اضطراب التوحد ويمكن ملاحظتها فى السلوك. وهذه الجوانب هي:

١ - التواصل.

٢- التفاعل الاجتماعى.

٣- الحواس.

٤ - اللعب.

٥- الحركة والنشاط.

٦- العلاقات الأسرية.

٧- اللغة والتخاطب واكتساب المعرفة.

٨- الوجدان والتعاطف.

٩- السلوك.

وفيما يلى عرض تفصيلى لهذه الجوانب كما تم ملاحظتها ورصدها فى عدة دراسات متواترة للأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم):

١-التواصل:

قصور شديد فى التواصل اللفظى وغير اللفظى. حيث الطفل المصاب بهذا الاضطراب فى عملية التواصل ما قبل اللفظى وبذلك لا تتاح له فرصة مشاركة الآخرين خبراتهم ولا يستطيع معايشتهم فى موضوع أو حدث. فيفتقد- تبعاً لذلك-

التقليد والمحاكاة. «إن قدرة الطفل العادى على مشاركة الأم أو المربية فى الخبرات والاهتمامات بالأشياء والموضوعات، يعتبر من أهم عوامل النمو فى عملية التواصل الاجتماعى والنمو العقلى أيضاً، فالقدرة على التقليد ضرورية لتنمية القدرة على الفعل والنشاط».

لكن الطفل المصاب باضطراب التوحد لا يستطيع التقليد ولا المحاكاة، فهو لا يتبع أمه فى حركاتها وأنشطتها، لا بالنظر ولا بالسمع، فالتواصل عنده مقطوع أو معدوم. لذلك فهو يفتقد القدرة على الإتيان بسلوك له معنى، وحركاته غير عادية وغير هادفة- على الأقل لمن يلاحظه-.

٢- التفاعل الاجتماعى:

يُعتبر النقص الشديد فى التفاعل الاجتماعى من الأعراض الرئيسية لاضطراب التوحد (الأوتيزم)، حيث يُلاحظ على الأطفال المصابين به أنهم معزولون أو مفصولون عن الآخرين، وليس لديهم أى اهتمام بمن حولهم سواء كانوا كباراً أو صغاراً وسواء كانوا أقرباء أو غرباء. ولا يتتبعون الإشارات الاجتماعية بالنظر ولا بالابتسام.

٣- الحواس:

يبدى الأطفال المصابون باضطراب التوحد (الأوتيزم) استجابات غير عادية لمثيرات الحواس الجسدية مثل اللمس، والبصر، والسمع. والشم وأحياناً التذوق أيضاً.

بالنسبة لحاسة اللمس: نجد أن معظم هؤلاء الأطفال لا يتحملون أن يلمسهم أحد فى الأمور العادية اليومية مثل غسل الشعر أو تسريحه أو قص الأظافر أو لمس بعض أنواع من الأطعمة أو ملابس معينة فقد لوحظ استجابات عنيفة للأطفال فى مثل هذه المواقف، وبعضهم ينسحب تماماً من الموقف ويتجنب اللمس. ويوصف هؤلاء الأطفال أن لديهم حساسية مفرطة للَّمس. وعلى العكس من ذلك نجد أطفال آخرين

منهم يكونون أقل حساسية من المعتاد للألم، فإذا تعرضوا لملامسة أشياء ساخنة نجدهم لا يصدرون استجابات توضح شعورهم بالألم، كأنهم لا يحسون بالألم، فى حين إذا تعرض أطفال عاديون لمثل هذه المواقف فإنهم يصرخون ويبتعدون عن مصدر الألم ولا يعودون له مرة أخرى، أما هؤلاء الأطفال فيعودون لنفس الشىء الذى آلمهم مرة تلو الأخرى.

أما بالنسبة للبصر: فإن استجاباتهم أيضاً غير مناسبة للمثيرات البصرية، فنجد الطفل لا ينظر إلى من يحدثه، ولا يتتبع الأم والأب ببصره كما يفعل الطفل العادى. بينما نجده منزعج إذا تعرض للأضواء المبهرة فقد يضع يده على عينيه، وقد يأتى بحركات عشوائية زائدة عند التعرض للضوء.

وبالنسبة للسمع: أحياناً يستجيب الأطفال المصابون بالتوحد استجابة سلبية، وأحياناً يبدون خوفاً شديداً لبعض الأصوات والضوضاء، ويلاحظ عليهم استجابات غريبة عندما يسمعون أصواتاً معينة مثل صوت مكبرات الصوت العالية أو صوت السيفون فى الحمام. وتتفاوت الاستجابات الغريبة للأطفال ما بين التصفيق بالأيدى، أو وضع اليدين على الأذنين. أما أصوات الأشخاص من حولهم والتى تأتيهم أو محاولات الاقتراب منهم والتحدث معهم فلا يعيرونها أى انتباه كأنهم لا يسمعون أو كأنهم صمٌ.

أما التذوق: فقد لا يستطيع الطفل التفرقة بين طعم الأشياء، كما لا يستطيع التفرقة بين درجات الحرارة، والروائح المختلفة.

ويفسر بعض الباحثين تلك الاستجابات الغريبة أو غير الملائمة لمثيرات الحواس المختلفة، بأن الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم) يعانون من ضعف الإدراك، ولأن الحواس من وسائل الإدراك لذا، فهم يعانون من نقص شديد فى التعامل مع تلك المثيرات. ومن ثم يوصى معظم الباحثين فى هذا المجال بضرورة تنمية الحواس لدى هؤلاء الأطفال وتدريبهم على إدراك المثيرات والاستجابات المناسبة لها.

٤- اللعب:

لا يوجد فى ألعاب هؤلاء الأطفال أى تجديد، ولا يحبون التغيير فى لعبتهم، فإذا كان الطفل يلعب بالمكعبات يظل يلعب بها ولا يغيرها بلعبة أخرى، وإذا كان يلعب بسيارة فإنه يظل متمسكاً بها ولا ينتقل إلى غيرها.. وهكذا. وإذا تدخل أحد الكبار لجعله يلعب بلعبة أخرى فإنه يقاوم بشدة. فهم يرتبطون بالأشياء بصورة غير عادية. كما أن الطفل لا يحب اللعب مع الأطفال الآخرين ويغلب على طريقتهم فى اللعب التكرار والنمطية. وأساليبهم فى اللعب بسيطة محدودة، ولا تتماشى مع اللعبة التى يلعبون بها أو يتعاملون معها، فمثلاً إذا تناول الطفل سيارات صغيرة فقد يرميها فوق بعضها، أو يتناول سيارة واحدة ويظل يلف عجلة واحدة منها ويدورها فى الهواء وذلك بدلاً من تحريكها على الأرض أو رصها فى طابور مع بعضها البعض كما يفعل الأطفال العاديون، وهذا لأنهم لا يقلدون غيرهم من الأطفال، ولايهتمون بالنظر إليهم ولامحاكاتهم أو تقليد حركاتهم.

ويخلو لعب هؤلاء الأطفال من الخيال والابتكار ولا يبدأون فى لعبة جديدة من تلقاء أنفسهم ولا يحبون ذلك.

٥- الحركة والنشاط:

يتسم الأطفال المصابون باضطراب التوحد (الأوتيزم) بنشاط حركى غير عادى، فقد يُلاحظ على بعضهم حركات مفرطة أى أكثر من اللازم، وقد يلاحظ عليهم الخمول أو الجمود الحركى وعدم الرغبة فى أى نشاط حركى. ومعظم حركاتهم غير هادفة وغير معتادة. مثلاً، قد يقفون ورؤوسهم منحنية كما لو كانوا يحملقون تحت أقدامهم، وقد نجد أذرعهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع، وإذا تحركوا سيراً فلا يحركون الذراعين إلى الجنب. وقد يكررون حركات معينة مرات ومرات، مثلاً ؛ يضربون الأرض بأقدامهم بطريقة عشوائية إلى الخلف أو إلى الأمام، ويكررون

ذلك. وفى بعض الأحيان قد يحركون أيديهم وأرجلهم فى شكل حركة الطائر تعبيراً عن ابتهاجهم.

٦- العلاقات الأسرية:

يفتقد أطفال التوحد (الأوتيزم) إلى التعلق الطفلى بالوالدين أو الأخوة الكبار، ويفشلون فى الارتباط النوعى بشخص ما فى الأسرة، ولا يبدون التعرف أو التمييز للأشخاص المهمين فى حياتهم كالآباء والأخوة والأقارب. وإذا وُضعوا فى بيئة غريبة أو غير مألوفة، فلا يبدو عليهم قلق الانفصال الذى يبدو على غيرهم من الأطفال العاديين، ولا يهتمون بمن حولهم إذا كانوا من الأسرة أو كانوا غرباء، وهم لا يسلمون على أحد، ولا يكترثون بوجود الآخرين معهم، ولا يظهر عليهم أى علامات للفرح عند رؤية الأم أو الأب، كما أنهم لا ينظرون إلى الشخص الذى يخاطبهم ولا يحاولون الاقتراب منه، ولا يبدو عليهم أى ترحيب أو استمتاع بوجودهم مع الآخرين من أفراد العائلة ولا يشاركوهم اهتماماتهم أو أنشطتهم، ولا يحبون اللعب معهم ولا مخالطتهم.

٧- اللغة والتخاطب:

يتأخر نمو اللغة والقدرة على التخاطب لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم) ويرجع هذا التأخر إلى ضعف الانتباه والإدراك لدى هؤلاء الأطفال، والنقص الشديد لديهم فى القدرة على التقليد ومتابعة الآخرين ومحاكاتهم. فالانتباه يساعد على اكتساب اللغة. والتواصل مع الآخرين ومتابعتهم بالنظر والإصغاء إلى ما يقولون ويفعلون يؤدى إلى نمو القدرة على التعلم والتخاطب واكتساب اللغة. لكن هؤلاء الأطفال يفتقدون إلى ذلك. ومن ثم لا يستطيعون تكوين حصيلة كلمات لها معنى أو عبارات لها مفهوم واضح فيبطئ التطور اللغوى لديهم كثيراً عن الأطفال الآخرين. ويعانون من ضعف شديد فى التعبير عما يريدون. ويلاحظ أنهم يستخدمون كلمات غريبة خالية من المعنى ويرددونها كثيراً، ومعظم كلماتهم ترديد لما يقوله الآخرون وليس رداً عليهم ولا يستخدمون الضمائر (أنا- أنت- هو... إلخ)

بل كلمات متقطعة. ولا يستطيعون جمع الكلمـات لعمل جمل مفيدة. وقد يستخدم بعضهم كلمات مفردة متقطعة.

وحينما يتعلم هؤلاء الأطفال الكلام واللغـة فيكون ذلك عن طريق التقليد وليس عن طريق الانتباه المترابط وبـالتالى يكون كلامهم غير نمطى وغيـر مترابط وخالى من التمييز بين الضمائر أو أسـماء الإشارة. وتظهر لديهم الكلمات المقلوبة أو الرد بنفس الكلمة فـيكون الكلام ترديد كالببـغاء، وغيـر موجه لنفس الشـخص الذى يحدثهم. فالقصور فى الكلام واللغة والتواصل اللفظى شديد جداً لدى هؤلاء الأطفال. ويبدو ذلك فى شـذوذ الكلمـات وتركـيب الجـمل، وعـدم القـدرة على تسـمـية الأشـيـاء بمسميـاتها، فضلاً عن تسمـية الأشخاص أو توجيـه كلمات محددة إليـهم، بالإضافة إلى التكرار والنمطيـة فى استخدام الكلـمات وترديد العبارات القـصيرة الخـالية من المضمون والمعنى.

وتشيـر الإحصـائيـات إلى أن ٤٠٪ من الأطفـال المصـابين باضطراب التـوحـد (الأوتيزم) ليست لديهم لغـة التخاطب ولا يستطيعـون الحديث وأن منهم من يصدر همهمات غير مفهومة.

وأن الذين لديهم قـدرة على الكلام والتـحدث فـإن حديثـهم عبـارة عن ترديد لما يسمعونه فـقط. وإذا أصبح لديهم رصيد من الكلمات فإنهم يعجـزون عن استخدام تلك الكلمات فى مـحادثات مع الغيـر. وهذه من أكبر المـشكلات التى تواجه هؤلاء الأطفال. لأن ذلك يزيد من حالة العجز عن التواصل مع الأشخاص المحيطين بهم.

٨- الوجدان والتعاطف:

يبدى الأطفـال المصابون باضطراب التوحـد (الأوتيزم) لامبـالاة بمن حولهـم، ولا يوجد لـديهم رغبة فـى الاهتمام بـهم. ولديهم صعـوبة كبيـرة فى فهم الـعواطف أو إظهارها. فلا يبدو عليـهم حزن ولا فرح، ولا يحزنون لغيرهم ولا يفـرحون بفرحهم

ولا تعنيهم أحوال من حولهم من الأهل أو الأقرباء أو الغرباء. ويُعتبر غياب التعاطف الوجدانى والمشاركة الانفعالية من سمات هؤلاء الأطفال ولعل هذه السمة تفسر بعض أسباب فشلهم فى تكوين التواصل العاطفى والاجتماعى فى حياتهم. فهم لا يستطيعون معرفة مشاعر الآخرين نحوهم، ولا يفهمون انفعالاتهم، ولا التعامل مع تلك المشاعر والانفعالات بصورة طبيعية مثل بقية الأطفال ولا يستطيعون ذلك. وأما عن انفعالاتهم وعواطفهم، فلا تبدو لديهم قدرة على إظهارها، ويُلاحظ عليهم التقلب الوجدانى، وغياب التفاعلات العاطفية. فقد يضحكون أو يبكون دون أسباب واضحة، وقد يبدو عليهم خوف مفرط لموضوعات أو أحداث غير مخيفة ولا مؤذية، بينما لا يظهرون خوفاً عند مواجهة مخاطر حقيقية. وقد يصابون بنوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة، فى حين لا يستطيعون التعبير عن الألم الذى يعتصرهم. إنهم عاجزون عن التعبير عن أبسط مشاعر الحزن والألم أو الفرح.

٩- السلوك:

تتصف سلوكيات الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم)، بالقصور الشديد والعجز عن التأثير فى البيئة، بالإضافة إلى شيوع بعض الحركات السلوكية الغريبة مثل حركات متكررة لليد والأصابع، أو العض لأنفسهم أو لغيرهم بدون سبب واضح.

ومن أمثلة سلوكياتهم البسيطة المحدودة، تدوير قلم بين الأصابع، تكرار فك وربط رباط الحذاء، تكوير قطعة من اللبان (العلك) بين اليدين. وبرغم بساطة هذه السلوكيات إلا أنهم يكررونها حتى يخيل لمن يلاحظهم أنهم مقهورون على أدائها. وقد لوحظ أن بعض الأطفال يضرب رأسه بالحائط دون أسباب واضحة، وقد

يضحكون بشكل هستيرى، أو يصدر منهم ثورات غضب شديدة بدون أسباب واضحة أيضاً. لكنهم لا يستجيبون عاطفياً ولا يعبرون عن انفعالات حقيقية.

ويرى عدد من الباحثين فى علم الشخصية أن القصور الشديد والحاد فى سلوك هؤلاء الأطفال يؤدى إلى عجز فى نمو الشخصية لديهم، لأن المستوى المتدنى فى الأداء والسلوك يحول دون اتساع أفق الشخصية أو حدوث أى ثراء فى خبراتهم وهذا بدوره يجعل سلوكهم عاجزاً عن أداء أى دور مؤثر فيمن حولهم أو فى بيئتهم التى يعيشون فيها وتكون النتيجة تدعيم العجز والقصور فى السلوك مرة أخرى وتظل سلوكيات هؤلاء الأطفال تدور فى نطاق ضيق ومحدد للغاية هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى تضطرب شخصياتهم اضطرابات حادة.

رابعاً

أسباب اضطراب التوحد (الأوتيزم)

رابعاً: أسباب اضطراب التوحد (الأوتيزم)

لاتزال الدراسات والبحوث العلمية تحاول تفسير اضطراب التوحد (الأوتيزم) لمعرفة العوامل المسببة له، وإن كان الباحثون من مختلف التخصصات قد توصلوا للعديد من الأسباب لهذا الاضطراب، إلا أنه لا توجد حتى الآن أسباب محددة وقاطعة أو مباشرة لحدوثه. ومما لاشك فيه أن أى اضطرابات أو خلل فى نمو الطفل لابد أن تقف خلفه مجموعة من العوامل، وعادة ما يكون من الصعب، بل من المستحيل أحياناً أن يكون هناك سبب واحد يُعد هو المسئول عن حدوث الاضطراب.

ويتفق الباحثون على أن العوامل المسببة لاضطراب التوحد (الأوتيزم) لم يتم التعرف عليها بشكل كامل أو نهائى حتى الآن، إلا أنه من خلال الدراسات المتواترة حول هذا الاضطراب يمكن تقديم عرض للعوامل التى يمكن أن تؤدى إلى اضطراب التوحد (الأوتيزم) أو تكون أحد أسبابه.

١- العوامل النفسية والاجتماعية:

تشير نتائج أحدث الدراسات إلى ضعف العلاقة بين أساليب التربية والتنشئة وبين حدوث اضطراب التوحد (الأوتيزم). وأن الممارسات الأسرية والثقافية للوالدين ليس لها أثر واضح فى إصابة الطفل بهذا الاضطراب.

وكان قد ساد اعتقاد بأن افتقاد الطفل للحب والحنان وغياب العلاقات الأسرية الحميمة فضلاً عن تعرضه للنبذ والرفض يؤدى إلى انسحابه من التفاعل الاجتماعى، وانفصاله عن الوسط المحيط به ومن ثم إصابته باضطراب التوحد (الأوتيزم) وذلك لأن هذا الاضطراب يتميز بصعوبة التواصل الاجتماعى أو افتقاده تماماً لدى الطفل المصاب به. غير أن الدراسات المقارنة المنضبطة التى قارنت بين مجموعة كبيرة من

آباء أطفال مصابين بالتوحد (أوتيزم) ومجموعة مماثلة من آباء أطفال غير مصابين به، لم تظهر نتائجها عن وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين من حيث أساليب الرعاية والتنشئة والتعامل مع الأطفال، والعلاقات بين أفراد الأسرة من جهة أخرى مما يُستبعد معه أن تكون العوامل النفسية والأسرية لها علاقة كعامل مسبب لحدوث اضطراب التوحد. لكن الدراسات النفسية والاجتماعية تشير دائماً إلى أن الظروف الاجتماعية غير السوية والمعاملات الوالدية السالبة تؤدي دائماً إلى اضطرابات فى التوافق والتكيف لدى الطفل وإصابته بمشكلات سلوكية ونفسية كثيرة.

ويرى بعض الباحثين أن فقدان التفاعل الاجتماعى والعزلة والانطوائية التى يظهرها الطفل المصاب باضطراب التوحد (الأوتيزم) كان يعتقد بأنها دليل على العلاقات المرضية وغير السوية بين الطفل ووالديه وأنها ترجع إلى الاتجاهات السلبية من الوالدين تجاهه، ومن ثم، فإن والدى الطفل التوحدى (الأوتيزم) كانا يلامان بشدة على اعتبار أنهما السبب الأول لاضطراب طفلهم.

وقد ظل هذا التفسير سائداً فترة طويلة منذ اكتشاف اضطراب التوحد (الأوتيزم) فى الأربعينيات على يد الباحث الأمريكى كانر Kanner وهو المكتشف الأول لهذا الاضطراب حيث قرَّر- وقتذاك- أن العامل المسبب له هو مجموعة من العوامل المحيطة بالطفل فى مراحل نموه المبكر فى نطاق الأسرة، منها أسلوب تنشئته وافتقاده للحب والحنان، وغياب الدفء العاطفى بينه وبين أمه. وحتى التسعينيات لم تظهر أى أبحاث علمية تؤكد ذلك التفسير.

ونتيجة للأبحاث التى أجراها عدد من الباحثين خلال عامى ٩٨ و٩٩ بجامعة لندن، تم استبعاد الأسباب النفسية والاجتماعية لهذا الاضطراب، واعتبر اضطراباً عضوياً فى وظائف المخ Brain Function يؤدى إلى خلل فى الإدراك والإحساس السمعى والبصرى، وفقد التواصل بين الطفل والمحيطين به.

كما أصدر المركز الطبى بمدينة ديترويت الأمريكية (١٩٩٩) Detroit MedicalCenter تقريراً يوضح أن الاضطراب المعروف بالتوحد

(الأوتيزم) هو اضطراب نمائى حاد ولاتزال أسبابه الحقيقية غير معروفة. وأضاف مركز مقاومة الأمراض والوقاية منها بالولايات المتحدة الأمريكية (١٩٩٩) أن التوحد (الأوتيزم) لا يرتبط بأى ممارسات أسرية أو ثقافية. ومنذ ذلك الحين اتجهت الأبحاث والدراسات إلى عوامل أخرى يمكن أن تكون أسباباً مباشرة فى حدوث هذا الاضطراب النمائي ومن هذه العوامل:

- العوامل الجينية الوراثية.

- العوامل البيئية الحيوية والعصبية.

٢- العوامل الجينية والوراثية Gentic Factors توصلت بعض الأبحاث الطبية إلى وجود عوامل ذات جذور وراثية أو جينية تعد ذات تأثير مباشر فى الإصابة بهذا الاضطراب حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) أكثر من التوائم غير المتطابقين (من بويضتين مختلفتين). ومن المعروف أن التوأمين المتطابقين يشتركان فى نفس التركيبة الجينية. وأظهرت صور الأشعة الحديثة وجود بعض العلامات غير الطبيعية فى تركيبة المخ، لدى الأطفال المصابين بالتوحد (الأوتيزم) كما وجدت بعض الاختلالات فى المخيخ.

وتشير الأبحاث إلى أن اضطراب التوحد (الأوتيزم) لا يرجع إلى عامل جينى واحد إنما يرجع إلى أكثر من عامل، وإنما قد يكون لبعض العوامل إسهام أكبر من غيره فى حدوث هذا الاضطراب. ولاتزال الأبحاث والدراسات تُجرى للتوصل إلى الجين المسبب لهذا الاضطراب.

وتؤكد نتائج الدراسات المسحية التى أجريت للتعرف على ما إذا كانت الوراثة تلعب دوراً أساسياً فى حدوث اضطراب التوحد (الأوتيزم)، إن من بين ٢-٤٪ من أطفال لآباء يعانون من هذا الاضطراب، قد أصيبوا به كذلك. وهم نسبة تزيد أكثر من ٥٠ ضعفاً عن انتشاره فى أطفال لآباء غير مصابين بالاضطراب.

وقد أجريت دراسة للمقارنة بين عينة من التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة)

وأخرى من التوائم المتشابهة لكن من بويضتين مختلفتين، وأظهرت النتائج أن اضطراب التوحد ينتشر بنسبة ٣٦٪ في أطفال العينة المتطابقة ولم يوجد على الإطلاق في أطفال العينة غير المتطابقة (من بويضتين مختلفتين).

وفي دراسة مسحية قامت بها جامعة لوس أنجلوس بولاية كاليفورنيا أوضحت نتائجها أن انتشار التوحد بين أطفال ولدوا لإخوة يعانون من اضطراب التوحد (الأوتيزم) يزيد ٢١٥ ضعفاً عن انتشاره بين الأطفال في المجتمع بصفة عامة. وهذا يعني أن احتمال ولادة أطفال مصابين بهذا الاضطراب يكون أكثر عندما يكون لهم إخوة يعانون منه.

وتشير نتائج عدد من الدراسات التي اهتمت بالبحث عن العوامل الجينية الوراثية ومدى إسهامها في إحداث اضطرابات النمو عند الأطفال وبخاصة اضطراب التوحد (الأوتيزم) وكذلك الإعاقة العقلية، إلى العوامل الآتية:

١- حالات التصلب الدرني للأنسجة Tuberous Sclerosis

٢- حالات الفينيلكيتونوريا Phenyl Ketonuria

٣- حالات شذوذ الكروموزومات وأهمها في هذا الصدد شذوذ كروموزوم رقم ١٣ (ويعد اضطراباً جينياً).

٤- حالات تشوهات الدماغ ومنها:

- كبر حجم الجمجمة مع صغر حجم المخ (تجويف المخ).
- التهابات الدماغ.
- أخماج بؤرية في الدماغ (أورام).

٥- نقص أو عدم وجود بعض الأجزاء الأساسية في جذع المخ.

٦- نقص في عدد الخلايا العصبية المرتبطة بعضلات الوجه.

وبرغم تلك النتائج التى تؤكد دور الوراثة والعوامل الجينية والتكوينية فى إحداث اضطراب التوحد (الأوتيزم)، إلا أنه لا توجد حتى الآن إجابات دقيقة وكافية للسؤال الذى يسأله المتخصصون فى مجال التوحد (الأوتيزم) وهو:

- ما هى الأجزاء فى المخ التى يؤدى قصورها العضوى أو الوظيفى أو تلف أنسجتها أو توقف نموها إلى حدوث اضطراب التوحد (الأوتيزم)؟

وإن كان بعض الأطباء المتخصصين فى المخ والأعصاب والذين قاموا بدراسات ميكروسكوبية على أطفال مصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم)، يرون أن الأجزاء المسئولة عن هذا الاضطراب هى:

- الجهاز الليمباوى Limbic Structure.
- والمخيخ Cerebellum.
- وجذع المخ Brain Stem.

ويرى آخرون من هؤلاء المتخصصين أن المسئول عن هذا الاضطراب هو القصور فى الناقلات العصبية Neurotransmitters وهى تحمل الإشارات العصبية من أجزاء المخ المختلفة إلى وجهاتها المختلفة فى الجسم. وهكذا يتأكد الدور الحيوى للعوامل الوراثية والجينية فى حدوث اضطراب التوحد، كما يتأكد دور الخلل العضوى فى المخ والأعصاب فى حدوث هذا الاضطراب. ولازال المجال يحتاج إلى مزيد من الدراسات المتخصصة والدقيقة للوصول إلى تحديد أكثر دقة لتلك العوامل.

٣- العوامل البيئية الحيوية والعصبية:

أثبتت نتائج التحاليل الطبية للأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد (الأوتيزم) أن معظمهم لديه خللاً عصبياً يرتبط بوجود مشكلات فى التفاعلات الكيميائية الحيوية للمخ. وأظهرت نتائج البحوث البيولوجية العصبية أن الخلل أو النقص فى الناقلات العصبية من العوامل الأساسية التى تؤدى إلى اضطراب التوحد

(الأوتيزم). كما اكتشفت بعض التشوهات الخلقية بواسطة (الرنين المغناطيسى) للدماغ فى عدد كبير من الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب.

وفى الدراسات التى اعتمدت على الجهد الكهربائى تم اكتشاف خلل وظيفى فى عمليات ارتباط النطق بالسمع مع عدم وجود مشكلة عضوية سمعية لدى هؤلاء الأطفال.

وتشير بعض الدراسات إلى أن بعض الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد (الأوتيزم) أصيبت أمهاتهم بالحصبة الألمانية فى فترة الحمل، وبعضهم تعرضوا لمشكلات أثناء الولادة مثل: نقص الأكسجين، أو الضغط على الدماغ بآلات التوليد فى حالات الولادة العسرة. ويرى بعض الباحثين أن الإصابات التى تسبب تلفاً للدماغ قبل أو أثناء الولادة قد تؤدى إلى الإصابة باضطرابات عقلية ونمائية منها اضطراب التوحد (الأوتيزم).

وأكدت نتائج بعض الدراسات المقارنة بين عدد من الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم) وآخرين من أقرانهم العاديين، وجود خلل أو تلف فى نسيج ساق المخ لدى الأطفال التوحديين بينما لا يوجد مثل هذا الخلل أو الإصابة لدى الأطفال العاديين. وهذا ما يفسر اضطرابات الغدد الصماء ومن ثم يسبب الانسحاب والتلعثم أثناء الحوار أو انقطاع الحوار تماماً عند الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم).

ويقول أحد الباحثين فى هذا المجال أن نسيج ساق المخ هو الذى يتحكم فى استقبال عمليات الاستثارة والانتباه، ولذلك فإن إصابة هذا النسيج بالخلل يؤدى إلى عزلة الطفل عن العالم المحيط به حيث تضعف قدرته على الاستجابة للمثيرات الخارجية.

وأوضحت البحوث والتحاليل الطبية للأطفال المصابين بهذا الاضطراب وجود تشوه فى طبقة القشرة المحيطة بالمخ لعدد من هؤلاء الأطفال، ووجود تلف فى الفص الصدغى فى عدد آخر منهم مما يفسر غياب التفاعل الاجتماعى وعدم الشعور بما يدور بالبيئة المحيطة بالطفل المصاب باضطراب التوحد (الأوتيزم).

وتشير بعض دراسات المخ والأعصاب إلى وجود خلل واضح في عدد الخلايا العصبية لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد مقارنة مع الأطفال غير المصابين به. كما يوجد انخفاض واضح فى نشاط النصف الكروى الأيسر من المخ لدى الأطفال المصابين بهذا الاضطراب، ومن المعروف طبياً أن هذا الجزء من المخ يتضمن المنطقة المسئولة عن التواصل.

وهكذا يوجد شبه إجماع بين الباحثين والمتخصصين فى هذا المجال أن هناك أسباباً بيولوجية متعددة تحدث ما بين الحمل والولادة تؤدى إلى حدوث اضطراب التوحد (الأوتيزم) والذى يعتبر بدوره اضطراباً معرفياً واجتماعياً فى ذات الوقت. ولكن لم يزعم أحد حتى الآن بوجود سبب واحد أو محدد نستطيع أن نعتبره المسئول عن ذلك الاضطراب.

ويرى بعض الباحثين أن الخلل فى التمثيل الغذائى الناشئ من نقص الإنزيمات التى تحول الأحماض إلى مواد مفيدة للجسم قد يؤدى إلى نقص فى النمو العقلى والذى يكون فى الغالب مصاحباً لاضطراب التوحد (الأوتيزم).

ويؤكد باحثون آخرون أن الخلل فى جهاز الإدراك ينتج عنه عدم القدرة على الإحساس العصبى لكل الحواس، والعجز عن استقبال المثيرات الخارجية (الصوتية والبصرية)، ويترتب عليه صعوبة تقديم أفكار مترابطة أو ذات معنى للآخرين. وهذا هو ما يحدث للأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم).

ويشير بعض الباحثين إلى عدد من العوامل البيئية التى قد تتسبب فى حدوث هذا الاضطراب كما يلى:

- تلوث بيئة الطفل أو الجنين بالرصاص والزئبق والزرنيخ وغيرها من مركبات المعادن الثقيلة.
- اضطرابات التمثيل الغذائى. حيث يربط بعض الباحثين بين بعض البروتينات غير الممثلة فى جسم الطفل أو الجنين وبين اضطراب الناقلات العصبية.
- الإصابات البكتيرية أو الفيروسية مثل التهاب الغدد النكفية أو التهاب الكبد

الوبائى أو الإيدز أو إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية.

- التسمم بأول أكسيد الكربون، وهو ما يحدث أثناء الولادة العسرة وانقطاع الأكسجين عن مخ الجنين أثناء الحمل أو الولادة.
- تعرض الأم الحامل خلال الثلاثة شهور الأولى للإشعاعات أو للمواد الكيماوية. حيث تتسبب فى حدوث تسمم عضوى عصبى يؤدى إلى إصابة الطفل باضطراب التوحد أو بالإعاقة العقلية.
- تعاطى الأم الحامل للعقاقير الطبية خلال الثلاثة شهور الأولى للحمل وكذلك تعاطيها للكحوليات فى هذه الفترة يعتبر من العوامل المؤدية إلى اضطراب التوحد وإلى الإعاقة العقلية أيضاً أو بعض الإعاقات الحسية.

وتشير البحوث إلى تأثير الاضطرابات الكيميائية العصبية فى حدوث اضطراب التوحد (الأوتيزم)، وخاصة التى تتمثل فى نقص أو زيادة أو خلل فى إفرازات الناقلات العصبية Neuro Transmitters التى تنقل الإشارات العصبية من الحواس الخمس إلى المخ، أو الأوامر الصادرة من المخ إلى الأعضاء المختلفة للجسم (ومنها أعضاء الحس).

وسواء كانت أسباب تلك الاضطرابات الكيميائية بيئية أو جينية أو عضوية، فإنه من المؤكد- كما أشارت تقارير البحوث والدراسات- أن جذور مشكلة التوحد (الأوتيزم) تكمن فى المخ بصفة خاصة، والجهاز العصبى المركزى بصفة عامة.

فقد أوضحت نتائج بعض الدراسات الطبية المقارنة، أن درجة تركيز حمض الهوموفانيلك Homovanillic Acid أكثر ارتفاعاً فى السائل المخى Cerebal Fluid (وهو السائل المنتشر بين أنسجة
المخ والنخاع الشوكى) فى حالات اضطراب التوحد (الأوتيزم) منه بين الأطفال العاديين.

كما أثبتت دراسات أخرى وجود زيادة فى تركيز إحدى الناقلات العصبية وهو

السيروتونين Serotonin فى دم عدد كبير من الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد. وتشير هذه الدراسات أنه بإعطاء هؤلاء الأطفال بعض العقاقير الطبية التى من شأنها خفض هذا التركيز، فقد لوحظ تحسن فى الأداء اللغوى لدى بعض هؤلاء الأطفال كما لوحظ انخفاض فى بعض أعراض اضطراب التوحد (الأوتيزم) لديهم.

وهذا يعطى الأمل فى التوصل إلى علاج ناجح لهذا الاضطراب وذلك بمعرفة أسبابه على وجه الدقة بالنسبة لكل حالة على حدة، لأن الأعراض متعددة ومتفاوتة من فرد لآخر، كما أن العوامل المسببة له متعددة أيضاً ومختلفة من حالة لأخرى.

وتؤكد نتائج بعض الدراسات وجود علاقة ارتباطية بين الإصابة باضطراب التوحد (الأوتيزم) وبين التلوث البيئى وبخاصة التلوث الكيميائى، حيث تتأثر الجينات الوراثية للجنين فى رحم الأم بما يحيط بالأم من انبعاثات كيميائية فى البيئة التى تعيش فيها.

فقد ثبت علمياً أن النفايات السائلة والغازية المحتوية على كيماويات أهمها الرصاص والزئبق، من العوامل المسببة لإعاقات واضطرابات النمو لدى الأطفال، ومنها، اضطراب التوحد (الأوتيزم) والإعاقة العقلية.

ويفيد معرفة هذه العوامل فى الدعوة لتضافر الجهود لمنع التلوث البيئى بأشكاله المتعددة، إلى جانب توفير الرعاية الصحية الشاملة للأم الحامل والجنين من أجل الحد من انتشار هذا الاضطراب وغيره من الاضطرابات التى تصيب الأطفال فى مرحلة النمو المبكرة.

خامساً

خصائص الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم)

خامساً: خصائص الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم)

إن اضطراب التوحد (الأوتيزم) له صور متعددة وأعراض وتأثيرات تظهر فى درجات متفاوتة على الأطفال الذين يصابون به. ولعل ذلك راجع إلى الأسباب والعوامل المتعددة التى تتسبب فى حدوثه، فلا يوجد- حتى الآن- عامل واحد يمكن أن نرجع إليه الإصابة بهذا الاضطراب النمائى الذى يصيب الأطفال فى مرحلة النمو المبكرة. وتشير معظم الدراسات إلى عدد من الخصائص العامة التى تبدو على جميع الأطفال المصابين بهذا الاضطراب وإن كانت متفاوتة من طفل لآخر فى شدتها ودرجتها كما أنها تظهر بنسب مختلفة فى كل طفل حتى إنه لا يوجد تطابق بين الحالات.

وفيما يلى عرض لهذه الخصائص:

- العزلة: جميع الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم) يعيشون فى عزلة خاصة بهم ليست كعزلة غيرهم من الأفراد العاديين أو المعوقين الآخرين الذين ينعزلون عن الناس بسبب مشكلات اجتماعية أو نفسية. لكنهم يختصون بعزلة عن العالم الخارجى والعالم الداخلى أيضاً، فالعالم الخارجى يمثل مثيرات مخيفة لهم وغريبة عنهم، ومثيرات العالم الداخلى مؤلمة لهم ومتأصلة فى أجسامهم، فكلاهما مُهدِّدٌ لعمق الطفل وكينونته.

- نقص الانتباه أو انعدامه خاصة الانتباه المترابط.

- القصور فى اللعب التلقائى والتخيلى والاجتماعى المناسب للمرحلة العمرية.

- عدم المرونة والتمسك بالنمطية والتكرارية فيتصفون بالجمود.

- غياب اللعب الرمزى، وعدم القدرة على المحاكاة والتقليد مما يترتب عليه عدم وجود خبرات لتطوير أسلوب اللعب وأنواعه، وفقد المرونة فيأتى سلوكهم محدوداً وقاصراً.

- عدم التفات الطفل إلى الشخص الذى ينادى اسمه.

- لا يستخدم لغة الإشارة للحصول على ما يريد ولا للتعبير عن رغباته.

- ضعف القدرة على التعبير اللفظى وغير اللفظى.

- انتشار السلوكيات النمطية والتكرارية مثل: هز الساقين، الدوران حول النفس، والميل بالرأس أو بالجسم يميناً ويساراً، والسير على أطراف الأصابع، والتأرجح، وحركات الذراع أو باليد كالرفرفة.

- الحملقة مع عدم تحريك الرأس عند بعض الأطفال.

- عدم فهم مشاعر أو انفعالات الآخرين ومن ثم يصعب عليهم التعاطف معهم أو الاستجابة بسلوك يناسب الموقف. ولا يبدى أى انفعال نتيجة حدوث أى شىء أمامه.

- صعوبة التواصل اللفظى وغير اللفظى مما يؤدى إلى غياب التفاعل مع الآخرين.

- ضعف اللغة والكلام وعدم القدرة على الاستخدام الصحيح للمفردات أو جمعها لعمل جمل مفيدة.

- قلب الضمائر، وترديد الكلمات المسموعة كما هى مثل الببغاء.

- قصور فى التآذر الحسى الحركى، ويبدو فى عدم الاتساق بين حركات الأيدى أو الأقدام وبين النظر بالعين.

- انخفاض شديد فى مستوى الوعى بالآخرين.

- بطء الاستجابة وانخفاض معدلها بالمقارنة بالأطفال العاديين.

- عدم القدرة على المبادءة أو المبادرة فى أى نشاط.

- يحتاج معظم أطفال التوحد (الأوتيزم) إلى مساعدة الكبار للعناية بأنفسهم وقضاء حاجاتهم. ولذلك فهم فى أمس الحاجة إلى برامج تدريبية للرعاية الشخصية والشئون اليومية لهم.

- يعانون من عجز فى تجميع معلومات مترابطة، كما يصعب عليهم استخدامها فى مواقف مناسبة.

- لا يفهمون الإيماءات والإشارات والرموز الاجتماعية عند التعامل مع الآخرين. ولا يدركون معنى تعبيرات الوجه ولا الحركات الأخرى التعبيرية للبدن.

- لا يستطيعون الربط بين الكلمة ومدلولها. وقد يحفظ البعض منهم عبارة أو كلمة ويظل يرددها دون أن يدرك معناها أو المراد منها.

- عدم القدرة على توجيه سؤال أو استفسار عن شىء يهمهم أو حاجة يرغبونها، ولا يستطيعون التصرف فى أى موقف.

- لا يعرفون ما يجرى حولهم، ولا يحاولون التعرف عليه ولا يرغبون فى ذلك. ويتصرفون كما لو كانوا وحدهم وليس معهم أحد.

- تصدر منهم تصرفات غير معتادة وغير متوقعة فيبدو الطفل غريب الأطوار، وتوصف سلوكياته بالعشوائية وأن حركاته غير هادفة وغير متناسقة.

- كثير من أطفال التوحد (الأوتيزم) تصدر عنهم حركات جسدية غير مألوفة مثل: الدوران حول أنفسهم، أو القفز والتصفيق، أو السير على أطراف الأصابع (وكأنهم يلعبون مع أنفسهم)، ولا يستطيعون اللعب مع أقرانهم، ولا يحبون ذلك.

- معظم هؤلاء الأطفال يركزون على جزء من الصور التى تُعرض عليهم، ولا يهتمون بالشكل الكلى للأشياء، ولذلك لا يفهمون الأشياء التى يرونها كما

يفهمها الأطفال العاديون، ولا يمكنهم فهم الإشارات المعبرة ولا يستطيعون تقليدها فى التواصل مع الآخرين فيظهر لديهم العجز عن التواصل مع الناس بالطرق العادية، ويستخدمون طرقاً مضطربة وغير صحيحة للغة فيقلبون الضمائر بدلاً من استخدامها حسب ما يقتضيه المعنى والموقف ويردد الطفل ما يسمع بدلاً من أن يرد استجابة لما يسمع.

- يهتمون بالكائنات غير الحية ويفضلونها على الكائنات الحية، ويركزون على الأشياء دون الأشخاص.

- لا يستجيبون للمثيرات الحسية على الرغم من عدم وجود إعاقات سمعية أو بصرية فيعتقد الآخرون أنهم لا يسمعون ولا يبصرون، لكن الدراسات تؤكد أن عدم استجاباتهم يرجع إلى عدم اكتراثهم بمن حولهم وعجزهم عن التواصل.

وأحياناً يُرى هؤلاء الأطفال يُحملقون بعيونهم أو يُصدرون أصواتاً غير مفهومة أو يحركون أطرافهم بطريقة غير عادية، وقد يعتقد البعض أنهم يستجيبون لمثيرات معينة، لكن الحقيقة أنها استثارات ذاتية ليس لها هدف واضح ولا مثيرات محددة فى البيئة المحيطة بهم.

- صعوبة الحوار بسبب عدم قدرتهم على استخدام الضمائر، (أنا، أنت) أو حروف الجر (و، فى، على....). فإذا قلت للطفل: «هل تريد طعاماً؟» يرد بنفس الصيغة «هل تريد طعاماً؟». وإذا سميته باسمه يردد لك نفس الاسم مثل: «هل تحب البسكويت يا أحمد؟» يجيب: «هل تحب البسكويت يا أحمد؟».

وإذا قلت له «الطعام على المنضدة» لا يفهم ولا يلتفت لك ولا لمكان الطعام الذى ذكرته. أما إذا قلت: طعام منضدة» فيذهب إلى حيث الطعام. وعندما تقول «حسام فى الحديقة» فلا يفهم حتى تقول حسام حديقة..

- لا يستطيعون تطوير أنشطتهم لأنهم عاجزون عن التخيل والتصور لذلك فإنهم يكررون نفس الحركات والتصرفات وهى محدودة جداً وبسيطة وتلقائية ونمطية.

- يقاومون التغيير فى أى شيء حولهم فى حياتهم اليومية التى اعتادوا عليها، وتنتابهم حالة من الضيق والتوتر (والهياج أحياناً) إذا تغيرت أماكن نومهم أو طعامهم أو حتى الكوب الذى يشرب منه الطفل.

- ضعف الإحساس بالتملك، ويلاحظ هذا عندما نأخذ لعبة أحدهم، فإنه يستسلم دون مقاومة ولا يتشبث بلعبته ولا يحاول استرجاعها كما يفعل الأطفال العاديون فى مثل سنه، كما لا يهتم إذا عادت إليه لعبته أم لم تعد.

لا يستطيعون استخدام الخبرة، ولا يدركون معنى ما يحفظون من عبارات أو جُمل، ولا الأحداث أو المواقف التى تُقال فيها أو تناسبها، وقد تصدر منهم هذه العبارات والجُمل فى مواقف لا تمت لها بصلة ولا تناسبها، أو يرددون حديثاً من غير فهم لما يدل عليه هذا الحديث ولا بالوقت المناسب له.

وبعد توضيح الخصائص العامة للأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم)، نقدم شرحاً تفصيلياً لجوانب النمو التى تتأثر سلباً بهذا الاضطراب، وتظهر على الأطفال المصابين به وتميز سلوكهم، ومن ثم يمكن تحديد احتياجات هؤلاء الأطفال للعلاج والرعاية، وتوجيه البرامج العلاجية والتدريبية والتعليمية والتأهيلية لتلبية تلك الاحتياجات.

أما جوانب النمو التى يصيبها الخلل والقصور لدى طفل التوحد (الأوتيزم) والتي تظهر في سلوكه ويمكن ملاحظتها ورصدها من أجل إعداد برامج العلاج والتدريب فهى كما يلى:

١- الذكاء.

٢- الانتباه.

٣- التواصل.

٤- التفاعل الاجتماعى.

٥- اللغة والكلام.

٦- السلوك.

٧- الحواس.

٨- اللعب.

٩- العاطفة.

وفيما يلى توضيح لسمات وخصائص هذه الجوانب النمائية كما تم رصدها من خلال الدراسات التى أجريت على الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم):

١- الذكاء:

تشير الدراسات إلى أن حوالى ٦٠٪ من أطفال التوحد (الأوتيزم) تقل درجة ذكائهم عن ٥٠. وهؤلاء يقعون فى فئة الإعاقة العقلية المصاحبة لاضطراب التوحد (الأوتيزم). أما الـ ٤٠٪ فإن مستوى الذكاء لديهم يتراوح بين المتوسط وفوق المتوسط. لكن هؤلاء الأطفال يعجزون عن توظيف ذكائهم بسبب ما يعانون من مشكلات في التواصل والتفاعل والإدراك والحواس. وتشير دراسات الحالة أن هؤلاء الأطفال يتفاوتون فيما بينهم من حيث درجة الذكاء، ونسب الذكاء اللفظى وغير اللفظى. فقد أظهر البعض نسب ذكاء غير لفظى أعلى من الذكاء اللفظى، وأظهر البعض منهم ذاكرة قوية أعلى من العاديين، حيث استطاع البعض تذكر أعلى من ٩٠٪ مما يقرأه، أى أن ذاكراتهم عميقة وواسعة، كما استطاع أحد هؤلاء الأفراد الحديث عن موضوعات بتفصيلات لا يستطيع العادى تذكرها، إلا أنهم قد لا يفهمون كل ما يتذكرونه.

كما أكدت نتائج الدراسات أن أطفال التوحد (الأوتيزم) يعانون من ضعف شديد فى الربط بين الكلمة ومدلولها، وذلك يرجع إلى ضعف أو عدم وجود الرابط

الرئيسى بين فصى الدماغ الأيمن والأيسر، وهو الذى يقوم بوظائف تجميع المعلومات واستخدامها فى وضع خطط واتخاذ قرارات.

ويرى بعض الباحثين أن هذا الضعف لدى أفراد الأوتيزم يؤدى من ناحية أخرى إلى اتساع الطاقة التخزينية للذاكرة لديهم. ولعل هذا يفسر ما نلاحظه على هؤلاء الأفراد من قوة الذاكرة على الرغم من ضعف الرابطة بين كلماتهم ومدلولاتها، فهم يرددون ما يسمعون وما يتذكرون دون أن يكون لذلك علاقة واضحة بالمواقف المختلفة.

ولذلك ينبغى التدخل لتدريب هؤلاء الأطفال كلٌ حسب مستوى ذكائه حتى يمكن تحسين حالتهم المعرفية والتحصيلية بما يتفق مع قدرات كل منهم. فالمشكلة لا تكمن فى الذكاء ذاته، ولكنها تكمن فى كيفية تحويل هذا الذكاء من حالة الكُمون إلى حالة النشاط واستغلال الذكاء الخام فى تدريبات تعليمية علاجية تعمل على تنشيط الذكاء وتنميته للوصول إلى أفضل مستوى يمكن أن تسمح به قدرات الطفل.

وتؤكد الدراسات التجريبية التى أجريت فى هذا المجال أنه بالتدريب والتعليم المناسب لهؤلاء الأطفال يمكن تحسين بل رفع نسبة الذكاء لديهم وخاصة إذا لم يصاحب اضطرابات التوحد (الأوتيزم) إعاقة عقلية.

وأثبتت نتائج عدد من الدراسات أنه بعد تدريب مجموعة من أطفال التوحد (الأوتيزم) على اللعب التخيلى والإيهامى أصبحوا يقومون بألعاب تخيلية. فقد استخدموا أشياء غامضة فى لعبهم على الرغم من انعدام وجود مثل هذه الأشياء فى الواقع، ولم يقوموا بمثل هذه الاستخدامات قبل التدريب. كما لاحظ الآباء والأمهات زيادة فى اللعب التخيلى لدى أطفالهم فى المنزل بعد التدريب، كما لاحظوا زيادة واضحة فى سلوكياتهم الاجتماعية مع أقرانهم.

٢-الانتباه:

يعانى أطفال التوحد (الأوتيزم) من نقص شديد فى القدرة على الانتباه وخاصة

الانتباه المترابط Joinnt attention والمقصود بالانتباه المترابط هو متابعة المتحدث بالنظر إليه وإلى الشيء الذى يجذب الانتباه ثم معاودة النظر للمتحدث مرة أخرى وتتبع الإيماءات والإشارات التى تصدر منه ومن ثم تقليد الأداء بطريقة لفظية أو حركية. وهذا هو ما يحدث من الأطفال الطبيعيين بطريقة تلقائية، حيث تنمو لديهم اللغة المرجعية ومحاكاة الآخرين بطريقة مقصودة وغير مقصودة. أما أطفال الأوتيزم فإنهم لا يستطيعون محاكاة الآخرين بسبب ضعف الترابط وصعوبة التواصل وأنهم لا يتتبعون الآخرين فى حركاتهم أو إيماءاتهم أو نظراتهم وإشاراتهم. ويُعد هذا الضعف من العوامل الأساسية فى حدوث العجز فى اللغة واللعب والتطور الاجتماعى لدى هؤلاء الأطفال، لذلك يجب أن تركز برامج التدريب والعلاج لهم على تحسين الانتباه بصفة عامة والانتباه المترابط بصفة خاصة من خلال:

- حث الطفل على الاستجابة للإشارات.
- حث الطفل على النظر للآخر وهو يحدثه.
- تدريب الطفل على التآزر الحسى الحركى مثل توجيه بصره مع حركة يده أو يد الآخر.
- تدريبه على الإشارة للمشاركة والمبادءة.

وتؤكد نتائج الدراسات أنه بتقوية الانتباه المترابط لدى أطفال التوحد (الأوتيزم) ينتج عنه تغييرات إيجابية فى مختلف المهارات الاجتماعية والمعرفية لديهم.

ويؤكد المتخصصون فى هذا المجال أن الاهتمام بتحسين الانتباه لدى أطفال التوحد (الأوتيزم) يجب أن يكون فى المرتبة الأولى فى برامج علاجهم وتدريبهم انطلاقاً من أن كل السلوكيات التى تصدر عن الطفل تقوم فى جوهرها على مدى انتباهه سواء كان طفلاً عادياً أو معاقاً.

وتشكل درجة جودة الانتباه البنية الأساسية لكل أنواع النمو الاجتماعى، والتواصل ونمو اللغة.

وبدون الانتباه يبدو الطفل كالأعمى والأصم، فلا يعير الآخرين أى اهتمام ولا يلتفت لأصواتهم أو إشاراتهم. وهذا هو ما يظهر على أطفال الأوتيزم، [اللامبالاة السمعية والبصرية على الرغم من أنهم ليسوا صُماً ولا عمياناً]. مما يتولد عنه آثار سلبية عميقة على كل مناحى النمو لدى هؤلاء الأطفال، حيث يسير النمو فى مسار غير صحيح.

ومما يؤكد على أهمية الانتباه فى تطور النمو لدى الطفل، أن قوانين النمو الإنسانى تقضى بأن يسير نمو الطفل فى مسار محدد يبدأ بالانتباه، ثم التواصل بالإيماءات والإشارات، ثم التفكير، ونمو اللغة.

ولأن طفل التوحد (الأوتيزم) يفتقد للانتباه والانتباه المترابط، فتنمو اللغة لديه بطريقة عشوائية ويغلب عليها النطق المقلوب، والترديد أو (الببغائية) وقلب الضمائر.

ويجب أن يشمل التدريب على الانتباه المترابط المراحل الآتية:

١- توجيه نظر الطفل إلى شىء محدد.

٢- توجيه نظر الطفل من الشىء إلى وجه الشخص الآخر (الأخصائى- المعلم- الأب- الأخ أو الأخت الكبرى).

٣- العودة بالنظر مرة أخرى إلى الشىء المحدد.

وتكرار هذه المراحل كخطوات متتالية لتكوين النتباه المترابط.

٤- متابعة السلوك الحركى والحسى للطفل وكذلك السلوك اللفظى وغير اللفظى الذى ينم عن الانتباه والتواصل. ويتم ذلك عندما ينادى الشخص الآخر على الطفل باسمه أو يلوح له حتى يتواصل معه بالعين، ثم يستخدم تعبيرات الوجه والنطق، ثم يحرك رأسه بين عين الطفل والشىء المستهدف عدة مرات كذلك متابعة الإشارة إلى الشىء المستهدف بالنظر وباليد معاً. (أى متابعة النظر ومتابعة الإشارة).

ويأتى بعد ذلك مرحلة التعلم بالتقليد، فإذا ما استطاع الطفل تقليد السلوك المطلوب (الذى انتبه له من الشخص الآخر) فقد نجح فى التعلم بالتقليد، وبدأت تنمو لديه القدرة على الانتباه المترابط. وبذلك يستطيع (المعلم/ الإخصائى) أن ينتقل بالطفل إلى مهارات أخرى للانتباه وهى:

- تقسيم الانتباه.
- تعديل الانتباه.
- فصل الانتباه.

والمقصود بتقسيم الانتباه، هو الانتباه إلى الشيء المراد الانتباه إليه وفى نفس الوقت ينتبه الطفل للشخص الذى يطلب منه ذلك. والمعروف أن طفل التوحد (الأوتيزم) لا يستطيع ذلك من تلقاء نفسه مثل الطفل العادى. لكنه يتجاهل الأشخاص تماماً كأنه لا يلحظهم أو أنه لا يدرك وجودهم وقد يستخدمهم كأدوات للحصول على ما يريد.

أما تعديل الانتباه، فهو القدرة على الانتباه لبعض المثيرات وتجاهل مثيرات أخرى وذلك لفهم البيئة وتمييزها، وفهم الأشياء الدالة على معانٍ معينة.

ويقصد بفصل الانتباه، الانتقال من الانتباه فى اتجاه معين إلى اتجاه آخر أى تحقيق المرونة فى التركيز والإدراك. فالأطفال الماصبون باضطراب التوحد (الأوتيزم) يعانون من صعوبة كبيرة فى إدراك شيئين فى وقت واحد مهما كان الترابط بينهما فتركيزهم دائماً محدد باتجاه واحد، ولا ينشغلون بما يقع خارج نطاق هذا الاتجاه. فإدراكهم محدود فى نطاق ضيق. مما يعوق نموهم الاجتماعى.

٣-التواصل:

يعتبر التواصل اللفظى أو غير اللفظى من أهم معايير النمو الاجتماعى السوى، وهو العملية المكملة للإدراك فى موقف التفاعل الاجتماعى. وبدون التواصل لا يوجد تفاعل اجتماعى.

ويعانى أطفال التوحد (الأوتيزم) من قصور شديد فى التواصل اللفظى وغير اللفظى. فهم يعجزون عن استخدام طرق التواصل مثل اللغة أو الإشارة أو الإيماءة. وإذا حاولوا استخدام اللغة، فإن كلماتهم تكون غير طبيعية وغير معبرة ويبدوا عليهم عدم القدرة على جمع الكلمات لعمل جمل مفيدة، وقد يتحدث بعضهم بكلمات مفردة، بينما البعض الآخر يقوم بترديد بعض الكلمات أو العبارات مراراً وتكراراً. وبعضهم يكرر ما يسمع مثل الببغاء. لأن هؤلاء الأطفال قد يتعلمون اللغة عن طريق التقليد فقط دون الانتباه المترابط، وبالتالي فإن التقليد بدون الانتباه المترابط يؤدي إلي عيوب كثيرة في لغة الطفل مثل: النطق المقلوب، والببغائية (الترديد الحرفي للكلمات دون فهم)، وقلب الضمائر وهو دليل علي عدم ربط الكلمة بما تدل عليه بطريقة مترابطة أو صحيحة.

ويؤدي النقص في مهارات التواصل لدي أطفال التوحد (الأوتيزم) إلي انسحابهم من البيئة الاجتماعية واللجوء إلي بعض السلوكيات السلبية التي تزيد من رفض الآخرين لهم وعدم تقبلهم مما يزيد من عزلتهم الاجتماعية والنفسية.

ولذلك يجب التدخل لتدريب هؤلاء الأطفال علي مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي. وإذا كانت نقطة البداية في التواصل تكمن في الانتباه المترابط، فإن تعلم الكلمات وأسماء الأشياء يفيد في هذا الصدد، كذلك يجب أن يتم ربط الكلمات التي ينطقها الشخص (المدرب) بالأشياء أو الصور الدالة عليها.

ويعتبر تدريب أطفال التوحد (الأوتيزم) علي التواصل من أهم التدريبات التي يجب أن تشملها برامج التدخل العلاجي لهؤلاء الأطفال. وإن كانت البداية شديدة الصعوبة بسبب عدم قدرتهم علي استخدام الكلام واللغة بشكل تلقائي، وعدم قدرتهم علي التنسيق بين استخدام التواصل بالعين وبين الابتسام والسلوكيات الأخري. لكن يمكن التغلب علي هذه الصعوبة إذا بدأت بالتدريبات علي التواصل من خلال الأنشطة واللعب الفردي بالطرق غير اللفظية في البداية.

ومن الجدير بالذكر أن مهارات التواصل غير اللفظي في سنوات الطفولة الأولي

والتي تمتد من الميلاد وحتي السادسة تعد مؤشراً علي التقدم في مهارات التواصل اللفظي والنمو اللغوي في مراحل النمو التالية.

وأطفال التوحد (الأوتيزم) يفتقدون إلي مهارات التواصل منذ ولادتهم أو بعد الولادة بأشهر قليلة، فلا يستجيبون للوالدين ولا يدركون عواطفهم وانفعالاتهم الحنونة نحوهم، ولا يظهر عليهم أي انفعال ولو بالإشارة أو الابتسامة كرد فعل لتلك الانفعالات والعواطف كأنهم صمٌ أو عميٌ.

أما حينما يحتاجون لشيء ما فإنهم لا يطلبون المساعدة، لكنهم يقومون بجذب من يلبي لهم هذا الاحتياج ويأخذونه إلي مكان الشيء الذي يريدونه دون النطق بأي كلمة.

وهكذا يُعد القصور الشديد في التواصل اللفظي وغير اللفظي وكذلك نقص التبادل العاطفي والانفعالي والاجتماعي من العلامات المميزة لأطفال التوحد (الأوتيزم). وأكثر هؤلاء الأطفال لا يدركون معني الابتسامة أو العبوس أو الإيماءات مما يزيد من عمق القصور في التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي.

٤- التفاعل الاجتماعي:

يُعتبر العجز عن التفاعل الاجتماعي من السمات الواضحة لدي أطفال التوحد (الأوتيزم). ويظهر هذا العجز في نقص المهارات الاجتماعية لديهم وكذلك القصور في سلوكيات اللعب وصعوبة التعامل أو التواصل مع أقرانهم سواء المصابين بنفس الاضطراب أو غيره من الاضطرابات أو الإعاقات أو أقرانهم من العاديين.

وبسبب هذا العجز والقصور في التفاعل الاجتماعي، وعدم القدرة علي التواصل مع الآخرين، ينسحب أطفال التوحد (الأوتيزم) من المجتمعات ويلجأون إلي تصرفات سلبية تزيد بدورها من رفض الآخرين لهم وابتعاد الأطفال العاديين عنهم بل ونفورهم منهم، فلا يهتمون بهم ولا بإقامة علاقات أو صداقات معهم.

وقد أكدت نتائج الدراسات التي أجريت عن أهمية التواصل والتفاعل في إقامة علاقات وصداقات بين الأقران، أن الأطفال وكذلك المراهقين يفضلون مصاحبة

الأقران الذين يشتركون معهم في لعبة معينة أو أنشطة ثقافية أو اجتماعية أو ترفيهية وأنهم يبتعدون عن الذين يظهرون سلوكيات متطرفة أو لا يشاركونهم أنشطتهم واهتماماتهم. ولذلك يعاني أطفال التوحد (الأوتيزم) من قلة الصداقات وانخفاض المكانة الاجتماعية مما يؤثر سلباً علي كثير من جوانب نموهم. لأن العلاقات الإيجابية مع الآخرين والتقدير المتبادل بين الأقران والصداقة بينهم تعتبر من العوامل الأساسية في النمو الاجتماعي والانفعالي (الوجداني) والمعرفي.

إن هذا يتطلب وضع أسس للتعامل مع هؤلاء الأطفال ودمجهم مع الأطفال العاديين من خلال برامج تتضمن التدريب العملي علي التعامل مع الآخرين، وتنمية المهارات الاجتماعية لديهم، وأن تُتاح لهم فرص متساوية للتعلم والتدريب والتفاعل مع جميع الأطفال سواء العاديين أو ذوي الإعاقات المختلفة، علي أن يتم تقييم جميع الأطفال بشكل متساوي بصرف النظر عن نوع إعاقته، ومن ثم يتحقق لهم الإحساس بالوجود الإنساني ويشعرون بالمكانة والتقدير لأنفسهم من أجل الارتقاء بنموهم الاجتماعي والوجداني.

٥- اللغة والكلام:

تُعتبر اللغة محور التواصل مع الآخرين ووسيلة لنقل الخبرات والمعلومات بينهم، والكلام هو جسر التعامل والاحتكاك معهم للتعبير عن الأفكار والمشاعر.

وفي عمر الثلاث سنوات يكون الطفل العادي قادر علي استخدام اللغة والكلام للتعبير عن حاجاته وأفكاره ومشاعره، وتبادل المشاعر والانفعالات والرغبات بينه وبين المحيطين به.

أما في حالة الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم) فإنهم لا يستطيعون الكلام ويعجزون عن استخدام اللغة للتعبير عن احتياجاتهم وما يريدونه. ويبدون كأنهم صُم فلا يتجهون نحو صوت يناديهم كما يبدون كأنهم عميان فلا يتتبعون بالنظر إلي من يتجه إليهم أو ينظر إليهم. ويعجزون عن استخدام لغة الإشارة فلا يشيرون إلي ما يرغبون. وبعض هؤلاء الأطفال يستخدمون لغة غير عادية فيتحدثون بكلمات مفردة وألفاظ مبهمة خالية من المعني وهو ما يُطلق عليه، كلام غير وظيفي.

بينما يقوم البعض الآخر بترديد بعض الكلمات أو العبارات مراراً وتكراراً. وبعضهم يكرر ما يسمع دون رد، ومن ثم يتدني مستوي الحوار التواصلي بينهم وبين الآخرين.

وحينما يتعلمون الكلام واللغة فإنهم يقلدون بدون انتباه أو تتبع للآخر أو ما يطلق عليه (الانتباه المترابط). وبالتالي فإن التقليد بدون الانتباه المترابط يؤدي إلي العديد من الخصائص اللانمطية للكلام واللغة، ويظهر ذلك في:

- النطق المقلوب.
- عدم التمييز بين الضمائر أو المتكلم والمخاطب.
- الترديد الببغاوي.
- نطق بعض الهمهمات (إم. إم. إم.....)

ويختلف أطفال التوحد (الأوتيزم) في درجة القصور في الكلام واللغة، فبعضهم يبدو عليهم قصوراً طفيفاً، لكنهم لا يملكون عدداً كبيراً من الكلمات (المفردات) كما يواجهون صعوبة في الحوار ولا يستطيعون الاستمرار في الحديث مع الآخرين، ولا يعطون فرصة لأي شخص أن يعلق علي كلامهم.

وأطفال التوحد (الأوتيزم) بصفة عامة لا يفهمون اللغه التعبيرية للوجه ونغمة (نبرة) الصوت وحركات الجسم. كما أنه من الصعب علي الآخرين فهم حركاتهم وإيماءاتهم أو نغمة أصواتهم، لأنهم غير قادرين علي التعبير عن مشاعرهم. ونادراً ما تتشابه حركاتهم أو تتوافق أصواتهم مع ما يريدون. فلديهم أصوات شائعة مثل: الصوت الأجش، الأصوات المرتفعة، أصوات تشبه نفير السيارات أو بعض الألعاب. ولهذا لا يستطيعون توصيل ما يرغبون للآخرين. كما أنهم لا يقدرون علي تسمية الأشياء بمسمياتها، فلا يكملون الحديث مع غيرهم من الأطفال أو الكبار ولا يرغبون في ذلك، ويعجزون عن بدء حوار أو المشاركة في حوارات الآخرين. وقد لوحظ أن بعض هؤلاء الأطفال عندما يتكلمون تكون نبرة الصوت لديهم علي وتيرة واحدة مثل الآلة، وأنهم يرددون بعض الكلمات أو الجُمل التي قيلت أمامهم في مواقف

معينة فيُخيَّل لمن يسمعهم أنهم علي دراية وفهم لما يقولون، في حين تثبت الملاحظة الدقيقة أنهم علي عكس ذلك. وقد يمتنع بعضهم عن الكلام ولا يكترثون بأي أصوات تخاطبهم حتي يعتقد الآخرون أنهم صم وبكم، لكنهم غير ذلك.

وتشير الدراسات إلي أن اضطرابات اللغة والكلام لدي أطفال التوحد (الأوتيزم) كثيرة وتؤثر سلباً وبدرجة كبيرة علي النمو الارتقائي للمستوي اللغوي بصفة خاصة والمعرفي بصفة عامة، وكذلك علي النمو الاجتماعي والحركي وفي عمليات الانتباه والإدراك والاتصال بالواقع والتعرف علي العالم الخارجي والبيئة المحيطة بهم. لأن تطور اللغة لدي الطفل يُعد عاملاً حاسماً وهاماً جداً في إحداث التطورات النمائية المتوقعة له في المستقبل. والطفل التوحدي (الأوتيزم) إذا لم يكن لديه أي حصيلة لغوية حتي سن الخامسة أو السادسة من عمره، فإن نمو قدراته وتطورها في المستقبل يكون محدوداً- إلا إذا تم تعليمه وتدريبه وفق برامج علاجية ملائمة-.

٦- السلوك:

يعاني أطفال التوحد (الأوتيزم) من قصور شديد في السلوك التكيفي والتوافقي، حيث يعجزون عن القيام بالأنماط السلوكية التي يستطيع أداءها الأطفال العاديين ممن هم في نفس السن والمستوي الاجتماعي والاقتصادي، ففي سن الخامسة قد لا يستطيع بعض هؤلاء الأطفال أداء أعمال يقوم بها طفل عادي في عمر الثالثة، وقد يعجزون عن القيام بمهام الرعاية والنظافة الشخصية اليومية مثل خلع وارتداء الملابس وتناول الطعام وغيرها.

وقد يندمج هؤلاء الأطفال في أداء حركات معينة ويستمرون في أدائها بتكرار متصل دون أن يكون لهذه الحركات هدف واضح ولا تُعبر عن استجابات لمثيرات في الواقع، لكنها غالباً ما تكون استثارة ذاتية تبدأ وتنتهي بشكل مفاجئ وتلقائي، ثم يعود الطفل إلي حالة من السكون المفرط.

ويُطلق علي هذه الحركات (السلوكيات التنمطية) ومنها:

- هزهزة القدمين أو الرأس، أو الميل بالرأس فقط.

- رفرفة اليدين أو تشبيك الأصابع والتأرجح.

- الدوران بالجسم كله حول نفسه في شكل دائري أو يميناً ويساراً.

- الطرق بإحدي اليدين علي رسغ اليد الأخري.

- تكرار إصدار صوت أو همهمة أو نغمة بشكل نمطي متكرر.

- الحملقة في اتجاه معين كبندول ساعة الحائط أو ساعة تدق أو مصدر ضوء أو صوت قريب وقد تستمر هذه الحملقة لساعات. وتُعتبر السلوكيات النمطية من أكثر العلامات الدالة علي اضطراب التوحد (الأوتيزم)، كما أنها من الخصائص الشائعة بين الأطفال المصابين بهذا الاضطراب فلا يكاد يخلو طفل منهم من هذه الخاصية، ولكنها تختلف من طفل لآخر من حيث نوعية السلوك النمطي وشكله والمدة التي يستغرقها كل سلوك ومرات تكراره، فقد يكون بعضها أكثر تكراراً من الآخر، وبعضها يستمر طويلاً ويتكرر يومياً كأنه ضمن طقوس الحياة اليومية للطفل. وفي بعض الأحيان يصدر من بعض هؤلاء الأطفال سلوكيات قد تلحق الأذي بالطفل نفسه أو بغيره لكن هذه السلوكيات قليلة وليست منتشرة كثيراً مثل السلوكيات النمطية، ومن أمثلة السلوكيات المؤذية، [ضرب الرأس، العض، الخدش، جذب الشعر، تمزيق الملابس وغيرها...]. وتشير الدراسات إلي أن مثل هذه السلوكيات تختفي بعد وصول الطفل إلي سن خمس أو ست سنوات خاصة لدي الأطفال الذين يتلقون تدريبات علي مهارات الحياة اليومية والسلوكيات الإيجابية التكيفية.

٧- الحواس:

يبدو طفل التوحد (الأوتيزم) كما لو أن حواسه (السمع والبصر والشم واللمس) عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلي جهازه العصبي، فإذا مر شخص بالقرب منه ونادي عليه أو ضحك أو بكي أو عطس بصوت مرتفع فإنه يبدو كما لو كان لم ير ولم يسمع أي شيء وكأنه مصاب بصمم أو عمي. وبالتالي فإنه يفشل في الاستجابة للمثيرات الخارجية، وهذا يؤدي إلي القصور في اكتساب اللغة وكافة وسائل الاتصال الأخري، وإلي قصور في عمليات الإدراك الحسي وغيرها من العمليات

العقلية الأخري، كالتخيل والتصور والاستيعاب. وقد يتعرف الطفل علي الأشياء ذاتها رغم أنه قد يُخطئ في تسميتها، ومع هذا فقد يجيد التعبير بالرسم أو بالموسيقي، وكأنه يرفض أو لا يستطيع سماع الأشخاص ولا رؤيتهم لكنه يري الأشياء ويستمع لأصواتها وإذا أراد شيئاً من البيئة المحيطة به يتشبث به ويتلامس معه جسدياً ليتعرف عليه، وإذا تعامل مع الأشياء وحركها ورتبها فإنه لا يطيق أي تجديد أو تغيير، ولذلك فإن علاقته بالأشياء تكون أفضل بكثير من علاقته بالأشخاص.

وتشير بعض الدراسات إلي وجود اضطراب في الإدراك الحسي لدي هؤلاء الأطفال ويبدو هذا الاضطراب فيما يلي:

- بالنسبة لحاسة اللمس: لوحظ وجود رد فعل غير مناسب فتارة لا يشعرون بالألم عند تعرضهم لملامسة سطح ساخن، وتارة يتجنبون أن يلمسهم أحد فيقاومون عمليات غسل الشعر أو تسريحه، وقص الأظافر، ويبتعدون عن لمس بعض أنواع الملابس والأطعمة وتبدو عليهم الحساسية المفرطة لهذه الأشياء بينما نجد أطفالاً آخرين لديهم حساسية ضعيفة لنفس الأشياء.

- وبالنسبة لحاسة البصر: فإن استجابات أطفال التوحد (الأوتيزم) تبدو غير طبيعية وغير متوقعة، فبينما لا يكترثون برؤية الأشخاص إذا مروا أمامهم كأنهم لا يبصرون، نجدهم يبتعدون عن الأضواء المبهرة وقد يضعون أيديهم علي أعينهم عند التعرض المفاجئ لهذه الأضواء، وأحياناً يقومون بحركات عشوائية عند رؤيتهم للضوء.

أما بالنسبة لحاسة السمع: نجد أن بعض الأطفال يخافون من أصوات معينة مثل صوت مكبر الصوت العالي، والضوضاء، فيتجنبوها بوضع أيديهم علي آذانهم. وبعضهم يستجيب لتلك الأصوات استجابات غريبة بأن يقوموا بالتصفيق، أو بالتخبيط علي الرأس، أو جذب فروة رأسه، وقد يتجاهلها تماماً ويتقوقع حول نفسه كأنه لا يسمع شيئاً.

وهكذا تؤكد الدراسات وجود خلل في الاستجابات الحسية لدي هؤلاء الأطفال

كما يعانون من اضطراب في الإدراك الحسي وعدم توازن الأحاسيس. فإذا كانت المعلومات الحسية خاطئة فإن خبرات الطفل تكون مضطربة وغير صحيحة. ومن ثم تكون استجاباته غير عادية وغير ملائمة للموقف. فمثلاً نجد بعض الأطفال لا يستطيع تحمل لمس بعض أنواع من الملابس لأجسامهم، وقد يصرخون من هذا اللمس، بينما لا يبدو عليهم أي تأثر عندما يتعضرون لبرد شديد أو حر شديد. وأطفال آخرون قد يقعون ويتعرضون لكسر في الأذرع أو الأرجل لكنهم لا يبكون ولا يشكون.

٨- اللعب:

يعاني أطفال التوحد (الأوتيزم) من قصور شديد في سلوك اللعب ويُلاحظ هذا القصور في المظاهر الآتية:

- ينشغل الطفل باللعب بأشياء صغيرة جداً قد تكون تافهة مثل، حجر صغير، أو علبة فارغة، ويثور إذا أخذ منه هذا الشيء البسيط وقد يدخل في نوبة انفعال شديد.

- إذا كان لدي الطفل عدة لُعب فقد يتناول بعضها أو كلها ليلعب بها بدون ترابط بينها وبين استخداماتها الحقيقية، ولا يدري كيفية استعمالها أو توجيهها، ولا يعرف معناها ولا الهدف منها، ولا يسأل عن ذلك.

- لا يُقبلون علي اللعب التي تناسب عمرهم الزمني، ويكتفون بألعاب أقل في معدلاتها عن أقرانهم العاديين.

- يفضلون اللعب بمفردهم، ويغلب علي لعبهم التكرار والنمطية.

- يفتقدون إلي تقليد الآخرين في لعبهم، ولا يظهرون الرغبة في مشاركتهم ألعابهم.

- إذا كان لدي البعض من هؤلاء الأطفال رغبة في اللعب مع الآخرين، فإنهم لا يستطيعون التعبير عن ذلك، ويعانون من صعوبة كبيرة في جعل الآخرين يلعبون معهم.

- ينقصهم اللعب الإيهامي (التخيلي). وهو صورة من صور النشاط العقلي في سن الطفولة المبكرة (من ٣-٦ سنوات) حيث يتخيل الطفل أنه فارساً يمتطي حصاناً وهو ممسك بعصي ترمز لهذا الحصان الذي هو من نسج خياله، أو تحمل الطفلة بعض الدمي وتتخيلها طفلاً رضيعاً يحتاج إلي عنايتها ورعايتها وتقوم بدور الأم له، وهكذا.... لكن هذا النوع من اللعب يبدو مفقوداً لدي هؤلاء الأطفال.

- يصعب عليهم التخطيط لألعابهم، ولا يستطيعون التجديد فيها ولا المباذءة في لعبة جديدة، ولا تستثيرهم ألعاب الآخرين.

٩- العاطفة والوجدان:

لا يستجيب هؤلاء الأطفال للمثيرات الانفعالية، ولا يستطيعون تبادل المشاعر مع الآخرين، ولا يكترثون بملاطفة الوالدين أو الأقران لهم ولا يهتمون بمداعباتهم، كما لا يهتمون بمشاعر الوالدين وانفعالاتهم. بل نجدهم يرفضون المداعبات ويتجنبوها. ويبدو أنهم لا يميزون بين مظاهر الانفعالات المختلفة من حزن وفرح، أو حب واهتمام، أو غضب وألم.... إلخ. لذا فهم لا يتعاطفون مع الآخرين، ولا يفهمون حالاتهم النفسية والمزاجية، ويفشلون في إصدار استجابة ملائمة لمشاعر الآخرين. وأحياناً يظهر علي بعض الأطفال مظهر الحزن دون أن يقصدوا ذلك، وأن المواقف لا تستدعي حزناً كأنهم غير قادرين علي إظهار انفعالات أخري بشكل مميز. وقد يبتسم طفل التوحد (الأوتيزم) لكن ابتسامه يكون للأشياء وليس للأشخاص.

يظهر علي هؤلاء الأطفال اللامبالاة وعدم الإحساس بالألم، وعدم تقدير المخاطر التي يتعرضون لها، لذلك فإنهم يعيدون التعرض لها المرة تلو الأخري، علي الرغم من الأضرار التي تلحق بهم أو الإيذاء الذي يصيبهم.

ورغم ذلك فإنهم يغضبون بشدة إذا تدخل أحد في شئونهم، أو إحداث أي تغيير في الروتين اليومي لهم أو في المحيط الذي يعيشون فيه. كأن هؤلاء الأطفال لا يستطيعون التعبير عن أي انفعال سوي انفعال الغضب، ولا يظهر هذا إلا عند

محاولات التغيير في الأشياء التي تعودوا عليها، فمثلاً إذا تغير الكوب الذي اعتاد الطفل الشرب فيه أو تغير ترتيب قطع الأثاث بغرفته قد يدفعه إلي بكاء شديد والدخول في ثورة عارمة من الغضب والتهور. ومهما حاول الوالدان أو أحدهما إبداء الحب أو العطف للطفل فإنه لا يتجاوب، ولا يستجيب لمحاولات ضمه أو تقبيله، وربما لا يشعر بحضورهما أو غيابهما عنه، وفي كثير من الحالات يبدو الطفل وكأنه لا يعرف أبويه ولا يهتم بالتعرف عليهما. وهكذا يبدو في عزلة عاطفية ويخلو كلامه من النغمة الانفعالية أو التعبيرية.

سادساً

تشخيص اضطراب التوحد (الأوتيزم)

سادساً: تشخيص اضطراب التوحد (الأوتيزم)

إن الكشف المبكر عن هذا الاضطراب والتشخيص الدقيق له يؤدى إلى توفير العلاج اللازم، وإعداد البرامج التدريبية الملائمة لكل حالة. لتحقيق الشفاء والتخفيف من حدة الأعراض وإيقاف التدهور فى جوانب النمو المختلفة للأطفال المصابين به.

ويجب أن يكون التشخيص متكاملاً، وفارقاً، وفردياً أيضاً، من أجل تقديم الرعاية المتكاملة والمناسبة فى حينها لهؤلاء الأطفال وبحيث تراعى الاحتياجات النوعية الخاصة لكل حالة، ووضع البرامج التأهيلية من أجل تحقيق التكيف لهؤلاء الأطفال فى مواقف الحياة المختلفة والانخراط مع الآخرين فى المجتمع. فالتشخيص الدقيق يمثل حجر الزاوية فى العلاج الفعال ونجاح برامج التدريب والتأهيل.

وسنوضح تباعاً على الصفحات التالية كيف يكون تشخيص اضطراب التوحد (الأوتيزم) متكاملاً وفارقاً وفردياً.

لكى يكون التشخيص متكاملاً، ينبغى أن تشتمل عملية التشخيص على ما يلى:

١- تشخيص وتقييم طبى **Medical Assessment**

٢- تشخيص وتقييم نفسى **Psychological Assessment**

٣- تقييم سلوكى **Behavioral Assessment**

لذلك يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة أهمها:

- طبيب نفسى متخصص فى المخ والأعصاب.
- أخصائى نفسى ذو خبرة فى العلاج والإرشاد النفسى والصحة النفسية.

- طبيب أطفال.

- أخصائى علاج النطق واللغة. Pathologist Language , Speach

ويفضل أن ينضم إلى هذا الفريق معلم تربوى طفولة.

ويستعان دائماً بملاحظات الوالدين والأخوة الكبار للطفل ومشرفى رياض الأطفال (الحضانة) أو معلمى الطفل فى المدرسة إذا كان الطفل فى سن المدرسة.

وتكتنف عملية تشخيص التوحد (الأوتيزم) بعض الصعوبات بسبب تعدد أعراضه، وكذلك الغموض الذى يسود حالة الطفل وأسرته فى بداية الأمر، حتى إن الآباء لا يعرفون أن لديهم طفل من فئة التوحد (الأوتيزم). ويظهر ذلك بشكل أساسى فى ضعف انتباه الطفل معظم الوقت، ولا يُعير الآخرين أى اهتمام ولا يلتفت لأصواتهم التى تناديه كأنه أصم، وتظهر عليه علامات اللامبالاة السمعية على الرغم من أنه ليس بأصم ولا ضعيف السمع، بل على العكس من ذلك قد يكون حساساً لأصوات الأشياء بدرجة كبيرة.

ومما يثير حيرة الوالدين حول طفلهم تأخر الكلام واللغة حتى سن الثالثة. لكن ما تلبث بقية الأعراض والمؤشرات فى الظهور وخاصة ضعف التواصل ونقص التفاعل والسلوكيات النمطية وغيرها.

لذلك يحتاج التشخيص إلى كثير من الخبرة والملاحظة الدقيقة، ورصد سلوكيات الطفل منذ وقت مبكر لتحديد وجود الأعراض الأساسية والمميزة للتوحد (الأوتيزم) ودرجة وجودها ومستواها، ومعدل تكرارها خلال مواقف الحياة اليومية.

ويفيد التشخيص الدقيق فى التدخل المبكر لتحسين حالة الطفل وعلاجه من خلال البرامج العلاجية والإرشادية والتربوية. وإعداد هذه البرامج ليس بالعمل السهل لأن اضطراب الأوتيزم أو التوحد من الاضطرابات النمائية التى تتصف بتنوع الأعراض المعيارية والأعراض المصاحبة التى تتداخل مع أعراض اضطرابات أخرى،

بالإضافة إلى أن الأعـراض المميزة للتوحد (الأوتيزم)، ليس من الضـرورى أن تجتمع فى حالة واحدة، كذلك تتباين الأعراض من طفل لآخر.

وللتغلب على صعوبات التشخيص، ينبغى أن تتـضمن عملية التشخيص عمليتى المماثلة والمواءمة، وأن تبـدأ دائماً بالفحص الطبى لأعضاء السـمع لدى الطفل للتأكد من سلامتها وعدم وجود صمم عضوى لديه.

وكـذلك لابد من فـحص أعـضاء الكلام لاسـتـبـعاد حـالات البكم العـضـوى. والمقصـود بالمماثلة والمواءمة أن يتم توضـيح الأعراض المعيـارية للاضطراب وكذلك الأعراض المصاحبة أو المتشابهـة بين هذا الاضطراب والاضطرابات الأخرى، وهذه هى المماثلة. أمـا المواءمة فـتشمل التـحديد الدقيق للأعـراض كما تبـدو على الطفل والتفصـيلات الفردية التى يلاحظهـا الأخصائى على كل طفل على حدة، ثـم مقارنة تلك الأعراض الفردية بالأعراض المعياريـة والمصاحبة وتلك هى المواءمة وصولاً إلى تشخيص دقيق للحالة.

ومن أجل تحـقيق دقـة التشـخيص لهـذا الاضطراب اجتـهد كـثير مـن الباحثـين والمتخـصصيـن فى وضع المعالم الرئيسـية للتـوحد (الأوتيزم) وإعـلانها كـمحكات لعملية التشخيص السليم. نستعرض أهمها فيما يلى:

وضع عدد كبـير من الباحثين والمتـخصصين مجمـوعة من المحكات التشخيـصية واعتمدته الرابطة الأمريكية للطب النفسى ومنظمـة الصحة العالمية للرجوع إليها عند تشخيص هذا الاضطراب. أهم هذه المحكات:

١- أن يحدث خلل فى النمو الاجتمـاعى، واللغوى، والسلوكى خلال ٣٠ شهراً من عمر الطفل.

٢- أن يظهر على الطفل قصور كيفى فى التفـاعلات الاجتماعية. ويبدو ذلك فى الأعراض الآتية:

- قصور شـديد فى التواصل غير اللفظى، فلا يبـتسم للآخرين ولا يلوح لهم ولا ينظر لهم.

- قصور شديد في إقامة علاقات مع الأقران والمشاركة مع الآخرين في الأنشطة والاهتمامات الخاصة بهم أو المتبادلة معهم. كما أنه لا يحاكى الآخرين وأحياناً يقلدهم بطريقة آلية دون فهم للموقف.

٣- قصور كمى وكيفى فى اللغة. ويلاحظ فى المظاهر الآتية:

- نقص شديد فى اللغة المنطوقة، واستخدام كلمات أو جمل فى غير موضعها.

- عدم القدرة على محادثة الآخرين أو إقامة حوار معهم.

- الاستخدام النمطى للغة (تكرار آخر كلمة يسمعها الطفل) أو (الترديد الببغاوى للكلام).

- قلب الضمائر (أنا، أنت).

٤- نقص شديد أو عدم القدرة على اللعب الإيهامى أو التخيلى.

٥- السلوك النمطى والحركات التكرارية (الدوران، الأرجحة، لف اليد).

٦- الرتابة والروتين ومقاومة التجديد والتغيير مهما كان طفيفاً.

٧- التعلق بالأشياء دون الأشخاص. والانشغال بأجزاء بسيطة من الأشياء والتعلق بها.

٨- وجود اضطراب فى التفاعلات الكيميائية الحيوية بالمخ. وهذا الاضطراب تكشفه الفحوصات الطبية للمخ والجهاز العصبى، حيث توضح مدى الخلل البيوكيماوى والعصبى أو العضوى لدى الطفل. (وهذا هو دور التقييم والتشخيص الطبى).

٩- نقص ملحوظ في الأنشطة والاهتمامات واستخدامات الأشياء.

١٠- عجز واضح فى فهم الإيماءات أو تعبيرات الوجه وكذلك العجز عن استخدامها فى الاتصال.

ولكى يكون التشخيص دقيقاً يجب أن يبدأ بالتحاليل الطبية اللازمة للتعرف على

وجود أى أمراض عضوية وكذلك للتعرف على مدى أداء الغدد الهامة لوظائفها وخاصة الغدة الدرقية، ويجب فحص السمع، وأجهزة الكلام للتأكد من عدم وجود مشكلات سمعية عضوية أو أن الطفل يعانى من صمم أو بكم عضوى. كذلك من الأهمية بمكان عمل تخطيط للمخ (الرسم الكهربائى للمخ) أو الأشعة المقطعية على المخ لمعرفة مدى سلامة أو إصابة الوصلات العصبية للحواس، وما إذا كان هناك بؤر صرعية. لذلك يلزم وجود فريق متكامل من المتخصصين كما سبق الإشارة إلى ذلك.

يلى هذه الفحوص تدوين الملاحظات الدقيقة والمتأنية للوالدين لسلوكيات الطفل وردود أفعاله خلال مواقف الحياة اليومية الواقعية، وبخاصة تلك السلوكيات التى تتعلق باضطراب التوحد (الأوتيزم) ومعدل تكرارها.

وبرغم وجود الأعراض المعيارية لاضطراب التوحد (الأوتيزم) وهى التى يطلق عليها محكات التشخيص، إلا أن هذا الاضطراب ذو طبيعة خاصة من حيث ظهور أعراضه على الأطفال المصابين به. فليس من الضرورى أن تجتمع الأعراض المعيارية فى حالة واحدة، كما أنها تختلف فى درجاتها وحدتها من طفل لآخر.

على سبيل المثال، بالنسبة للأعراض المتعلقة بالسلوك المتكرر أو النمطى، نجد اختلافات واضحة فى مظاهر السلوكيات النمطية من طفل لآخر من الأطفال المصابين بهذا الاضطراب. فقد تكون واضحة لدى بعض الأطفال، بينما تكون دقيقة جداً وليس من السهل ملاحظتها عند البعض الآخر. وقد تلاحظ سلوكيات نمطية عند طفل من هؤلاء الأطفال ولا تلاحظ بعض السلوكيات على نفس الطفل، ولا يكتشف ذلك إلا المتخصص أو عند الملاحظة الدقيقة من الوالدين.

ويبدو ذلك عندما نجد بعض أطفال التوحد (الأوتيزم) يصفقون بذراعيهم وهم يمشون على أطراف أصابعهم، بينما نجد البعض الآخر ثابت فى مكانه. وقد يقضى بعض هؤلاء الأطفال ساعات طويلة بجوار ألعابهم دون أن يلعبوا بها، وحينما يقوم شخص بتحريكها فإنهم يغضبون غضباً شديداً وكأن هذا الشخص يجذب اللعبة من يده.

وقد نجد بعض أطفال التوحد (الأوتيزم) يمارسون حركة الدوران حول أنفسهم باستمرار ودون إحساس بالدوخة أو الدوار، وكذلك هز الجسم إلى الأمام وإلى الخلف، والجلوس فوق المنضدة والنظر إلى أسفل لفترات طويلة من الوقت، والحملقة والنظر لمدة طويلة نحو شيء معين أو في اتجاه معين نحو مصدر صوت أو ضوء سواء كان قريباً أو بعيداً. وبعضهم يتمسك بلبس زى معين لفترة طويلة ويزعجهم أى تغيير فى طريقة اللبس أو شكل الملبس، وقد ينزعجون إذا تغيرت أوقات الطعام والاستحمام. وبعض أطفال التوحد (الأوتيزم) يقومون بإصدار نغمة معينة أو صوت همهمة بشكل متكرر، وقد تكون الأصوات صاخبة على الرغم من أنهم قد ينزعجون من أصوات بعض الأجهزة المنزلية مثل: (المكنسة- الخلاط.... إلخ). ولعل هذا ما يدعو إلى ضرورة التشخيص الفردي وهو ما ندعو إليه فى عملية التشخيص بأن يكون فردياً كما يجب أن يكون متكاملاً ودقيقاً.

وفيما يلى توضيح كيف يكون التشخيص فردياً:

التشخيص الفردى لاضطراب التوحد (الأوتيزم)

يحتاج التدخل العلاجى الناجح إلى ما يسمى بالتشخيص الفردى وذلك لأن أسباب اضطراب التوحد (الأوتيزم) متعددة، وأعراضه متعددة أيضاً تبعاً لذلك وتختلف من حالة لأخرى. فبالإضافة إلى الأعراض المتشابهة والمسجلة عند كثير من الحالات إلا أن كل طفل يعتبر حالة متمايزة ومنفردة بذاتها وتستدعى تشخيصاً فردياً قبل بدء العلاج.

وعند إقامة التشخيص الفردى يجب أن يؤخذ فى الاعتبار ما يلى:

- تقييم مدى شدة الاضطراب.
- تحديد الاضطرابات أو الأمراض المصاحبة لاضطراب التوحد (الأوتيزم).
- تحديد بداية ظهور أعراض الاضطراب.
- معرفة أى تدخلات علاجية سابقة للطفل من حيث بدايتها ونوعها (نفسية- طبية- اجتماعية) والفترة التى استغرقتها.

- تحديد أنواع السلوكيات غير المقبولة أو الشاذة لدى الطفل.
- تحديد أنماط السلوكيات غير التكيفية والتى تقلل من استفادة الطفل من الخدمات المقدمة إليه من الآخرين.
- التقييم الشامل لجوانب النمو العقلية والاجتماعية والبدنية بحيث يشمل معامل الذكاء والعمر العقلى، والقدرة اللغوية ومدى ما لدى الطفل من حصيلة لغوية، ومستوى النضج الاجتماعى.
- تحديد المستوى الاقتصادى والثقافى لأسرة الطفل، والإمكانات التى يمكن أن تتيحها لتعليم الطفل وتأهيله.
- توضيح مدى تقبل الوالدين للطفل واستعدادهما لمواصلة علاجه ومن ثم تعليمه وتدريبه.

ويحتاج الأمر دائماً إلى تقديم الإرشاد النفسى للوالدين وخاصة للأم لكى تتعلم أن تعرف كيف يفكر طفلها وما هو عالمه الخاص به، وما هى وسيلة التواصل معه، وكيفية تهيئة المنزل ليكون بيئة مناسبة لتنمية قدرات الطفل. وكيف يحدث التواصل الاجتماعى للطفل مع الآخرين وكيف تعمل الأم على تقوية هذا التواصل.

كما يجب أن تتعرف الأم على كيفية تعليم المشاعر الإنسانية للطفل.

ويحتاج التشخيص الفردى إلى استخدام وسائل وأدوات قياس مناسبة ومقننة وموضوعية مثل:

١ - اختبارات الذكاء لتحديد نسبة ذكاء الطفل. ويفضل عند قياس ذكاء الطفل التوحدى (الأوتيزم) استخدام المقاييس غير اللفظية للذكاء. وذلك لأن أداء مثل هؤلاء الأطفال على الاختبارات الأدائية أو المصورة يكون أكثر موضوعية من أدائهم على الاختبارات اللفظية.

٢ - اختبارات النضج الاجتماعى لتحديد الخصائص الاجتماعية للطفل ومستويات النمو الاجتماعى.

٣- مقـاييس الاضطرابات الانفعـالية. لتحـديد نوعية الأعـراض الانفعـالية لدى الطفل وما إذا كان يعانى من أى اضطراب مثل الخوف، القلق، الاكتئاب...

٥- مقاييس المشكلات السلوكية.. لتـحديد أنواع المشكلات السلوكية التى يعانى منها الطفل.

٦- المقـابلة المقننة مـع ولى أمـر الطفل (الأب- الأم- المربى أو المربيـة أو الأخ أو الأخت الكبرى) وذلك لمعرفة تفاصـيل نشأة الطفل وتطور نموه وسلوكياته فى المنزل، وكـذلك التـاريخ المرضى للطفل وتحـديد الأمـراض أو العـدوى التى أصيب بها والأدوية التى تعاطاها منذ ولادته.

٧- الملاحظة المقننة بواسطة الأخصائى حيث تستخدم فيها عدة قوائم لقياس عدة محاور للنمو وهى:

- الإدراك.
- الأداء المعرفى العملى.
- الأداء المعرفى اللفظى.
- التآزر الحسى الحركى.
- التقليد.
- حركات العضلات الكبيرة.

كما تقيس عدة مجالات سلوكية هى.

- الاستجابات الحسية (اللمس- الشم- النظر- التذوق- السمع)
- النطق.
- الكلمات.
- الجمل والعبارات.

- السلوكيات الاجتماعية.

- السلوكيات الوجدانية.

وبناء على نتائج التشخيص الفردى للطفل يمكن إقامة تشخيص تنبؤى للتطور اللاحق للحالة وتوقع مدى التحسن المنتظر لحالة الطفل. وهناك عدة عوامل ومؤشرات تساعد على هذا التنبؤ. ومن أهم هذه العوامل ما يلى:

١- حجم المشكلات السلوكية:

فكلما كانت المشكلات السلوكية أقل كلما كان تحسن الحالة أسرع، ويقل وقت العلاج السلوكى وتزداد فرص التعليم والتدريب فى الوقت المناسب.

٢- مدى الاضطراب النمائى:

فكلما كانت شدة الاضطراب أقل كلما كان التحسن المتوقع أفضل. فقد يعانى الطفل من قصور شديد فى اللغة والنطق والكلام وأن درجة الاضطراب شديدة. أو أنه يعانى من درجة متوسطة للاضطراب وأن قصوره اللغوى متوسط فإن مآل الاضطراب فى الحالة الثانية يكون أفضل من الحالة الأولى.

٣- التعرف المبكر أو التشخيص فى الوقت المناسب:

إذا تم التشخيص الدقيق فى وقت مبكر من ظهور أعراض اضطراب التوحد (الأوتيزم) فإن ذلك يؤدى إلى التدخل العلاجى والتعليمى والتأهيلى فى الوقت المناسب مما يؤدى إلى تحسن الحالة أسرع ويكون مسار التحسن أفضل. فكلما تقلصت الفترة الزمنية بين بداية ظهور الاضطراب والتدخل العلاجى كلما كانت النتائج أفضل.

٤- الإعاقات أو الاضطرابات المصاحبة للتوحد (الأوتيزم):

إذا كان الطفل يعانى من اضطراب التوحد فقط فذلك يُنبئ بمآل أفضل مما لو كان يعانى من اضطرابات أو إعاقات أخرى مصاحبة مثل الإعاقة العقلية أو مرض مزمن أو أى إعاقة أخرى بالإضافة لاضطراب التوحد (الأوتيزم).

٥- الظروف الأسرية والبيئية:

فكلما كانت الإمكانات الأسرية والاجتماعية والبيئة مواتية ويحظى الطفل بالتقبل فى أسرته والرعاية والتعليم والعلاج والتدريب، كلما كان مسار التحسن والتطور أفضل.

إن دراسة التطور اللاحق لحالة الطفل والتنبؤ بما يمكن أن يكون عليه مستوى النمو والتحسن لتلك الحالة يساعد على وضع خطة علاجية ونمائية سليمة، وكذلك إعداد برامج التدريب والتعليم الملائمة لاستثمار قدراته أفضل استثمار من أجل تحقيق نمو أفضل فى جميع الجوانب النمائية للطفل عقلياً واجتماعياً ونفسياً وحركياً وبدنياً أيضاً.

وفى ختام الحديث عن التشخيص لاضطراب التوحد (الأوتيزم) نوصى بأن يتم تعاون أو إحالة متبادلة بين كل القائمين على تشخيص حالة الطفل وهم:

- الأطباء كل فى تخصصه [العيون- الأنف والأذن- القلب- الغدد- المخ والأعصاب].
- الأخصائى النفسى.
- أخصائى التحاليل الطبية.
- أخصائى العلاج الطبيعى.

وذلك بسبب تشابك كثير من الأعراض وارتباط بعضها بالآخر، كذلك ارتباط بعض الأعراض باضطرابات أخرى للنمو غير اضطراب التوحد (الأوتيزم)، ومن ثم تتعقد الصورة الإكلينيكية لهذا الاضطراب. لكن التعاون المشار إليه يوضح هذه الصورة ويعطى معلومات دقيقة للمتخصص ومن ثم التدخل العلاجى المناسب لكل حالة.

كيف يكون التشخيص فارقاً (أو التشخيص الفارق)

تكتنف عملية تشخيص اضطراب التوحد (الأوتيزم) بعض الصعوبات بسبب

تشابه بعض أعراضـه مع أعراض اضطرابات أخرى للنمو تصـيب الطفل فى مرحلة الطفـولة. ولكى يكون التـشخـيص دقيـقاً وعلمـيـاً ويحقق أهدافـه، يجب أن يكون تشخيصـاً فارقاً أى يجب التفرقة بين هـذا الاضطراب وبين الاضطرابات التى تتشابه معه فى بعض الأعراض من هذه الاضطرابات وأهمها:

١ - اضطراب أسبرجر Asperger's Disorder

٢- اضطراب ريت Rett's Disorder

٣- التخلف العقلى Mental Retardation

وفيما يلى التعرف على هذه الاضطرابات الثلاث:

١- اضطراب أسبرجر Asperger's Disorder

وهو من الاضطرابات النمـائية التى تصيب بعض الأطـفال فى فتـرة النمو. وأول من اكتـشفه هانز اسبـرجر Hans Sperger واعتبـره أحد اضطرابات الشخـصية، واعتبره البـعض حالة مخففة من حـالات التوحد وذلك لتشابه كثـير من أعراضه مع أعراض اضطراب التوحد (الأوتيزم).

وفيما يلى الأعراض المتشابهة بين هذين الاضطرابين:

١ - العجز عن التواصل غير اللفظى.

٢- عدم فهم الانفعالات أو التعبير عنها.

٣- القصور الشديد فى القدرة على التفاعل الاجتماعى.

٤ - غياب المشاركة الوجدانية وعدم فهم العاطفة.

٥- خلل فى التفاعلات الاجتماعية والاهتمامات والأنشطة.

٦- العزلة الاجتماعية.

٧- السلوكيات التكرارية، ورتابة الحركات.

٨- رفض التغيير.

٩- ضعف القدرة على التخيل والتصور ويظهر ذلك فى غياب اللعب الإيهامى والتخيلى.

أما أوجه الاختلاف بين الاضطرابين والتى يمكن من خلالها التفريق بينهما وتحديد التشخيص الفارق لكل منهما فتتمثل فيما يلى:

١- يختلف توقيت بدء ظهور الأعراض لكل من الاضطرابين، حيث لا تظهر أعراض اضطراب أسبرجر إلا عند عمر ٤-٦ سنوات وأحياناً بعد ذلك وخلال الطفولة المتأخرة. بينما تظهر أعراض اضطراب التوحد (الأوتيزم) بعد الولادة بشهور قليلة وحتى ٣٠ شهراً من عمر الطفل.

ويعتبر هذا الفرق من أهم عناصر التشخيص الفارق بين الاضطرابين.

٢- من النادر أن يصاحب اضطراب أسبرجر إعاقة عقلية بينما نجد أن ٧٠٪ من حالات التوحد (الأوتيزم) يعانون من الإعاقة العقلية.

٣- تقترب نسب الذكاء فى حالات اضطراب أسبرجر من النسب العادية للذكاء فهى غالباً ما تتراوح بين (٩٠-١١٠). وفى حالات الإعاقة العقلية تكون من الفئة البسيطة أى التخلف العقلى البسيط Mild.

٤- برغم وجود نقص فى النمو اللغوى إلا أنه لا يوجد تأخر عام فى اللغة لدى الأطفال المصابين باضطراب أسبرجر كما أنه ليس لديهم مشكلة فى استخدام الضمائر (أنا وأنت- هو وهى.. إلخ) كما فى حالات اضطراب التوحد (الأوتيزم).

٥- ومن السمات التى تميز طفل الأسبرجر أنه لا يتجنب الآخرين كما يفعل طفل التوحد (الأوتيزم)، رغم أنه يعانى من نقص التفاعل الاجتماعى مثله. ولكن ذلك النقص يرجع إلى أسباب أخرى غير تلك التى يرجع إليها نقص التفاعل لدى أطفال التوحد (الأوتيزم) حيث يُقبل أطفال الأسبرجر على الآخرين

ويودون التعامل معهم لكنهم وبسبب قصور قدراتهم على التعامل مع الآخرين وفجاجة أساليبهم فى الحديث وتركيزهم حول اهتماماتهم وحاجاتهم الخاصة، ينصرف عنهم الآخرون ويملون ويتبرمون منهم وبذلك لا تستمر علاقاتهم معهم.

هذا بعكس أطفال التوحد (الأوتيزم) الذين يعيشون فى عزلة ووحدة اجتماعية لأنهم لا يهتمون بالآخرين ولا يشعرون بوجودهم ولا يحاولون التواصل معهم، ولا يبدون أى اهتمام بقرب الآخرين منهم أو عدم وجودهم.

٦- تُعتبر حالات الأسبرجر أخف بكثير من حالات التوحد (الأوتيزم) وذلك من حيث شدة الإعاقة والتعامل معها. فمستوى الذكاء لدى أطفال الأسبرجر أفضل منه لدى أطفال التوحد (الأوتيزم) وكذلك مستوى اللغة والتفكير وتركيب الجمل والمفردات والقدرة على التحدث. كما أن قصور التواصل يُعد أكثر عمقاً لدى طفل التوحد (الأوتيزم) مقارنة بطفل الأسبرجر.

٢- اضطراب ريت Rett's Disorder

وقد سُمى بهذا الاسم نسبة إلى اسم العالم الذى اكتشفه وهو Rett عام ١٩٦٦. وهو من الاضطرابات النمائية التى تحدث فى سن مبكرة حيث تبدأ أعراضه فى الظهور من سن سنة إلى ٤ سنوات، ويصيب الإناث بصفة خاصة. وهو خلل عميق فى وظائف المخ. وفيه يحدث النمو الطبيعى أولاً، ثم يتدهور النمو العقلى والاجتماعى والحركى، وتظهر الحركات التكرارية لليدين، ويصعب التآذر الحسى الحركى. وتفقد الطفلة المهارات التى اكتسبتها من قبل، كما تفقد الاستخدام الغرضى لليدين.

وتشير الدراسات إلى وجود أعراض كثيرة متشابهة بين اضطراب الريت واضطراب التوحد، كما توجد أعراض أخرى غير متشابهة بين الاضطرابين ومن خلالها يمكن التمييز بينهما.

وفيما يلى توضيح لأوجه التشابه:

- النمو الطبيعى خلال السنتين الأولى والثانية من العمر، يليه حالة من القصور الشديد فى نمو المهارات اللغوية والاجتماعية، ومهارات التفاعل المكتسبة.
- قصور فى القدرة على الكلام وأحياناً فقدان كامل للكلام.
- نقص شديد فى القدرات المعرفية والتفكير.
- تفكك الأفكار وعدم القدرة على التعبير.
- اضطراب الانفعالات وظهور نوبات من الضحك غير المبرر أو الصراخ بدون سبب واضح.
- عدم القدرة على التواصل مع الآخرين.

أما أوجه الاختلاف بين التوحد (الأوتيزم) واضطراب الريت فهى كما يلى:

- اضطراب ريت يحدث عادة عند الإناث فقط. أما اضطراب التوحد (الأوتيزم) فهو يصيب الإناث والذكور وانتشاره بين الذكور أكثر منه بين الإناث.
- يظهر على أطفال الريت عدم التوازن فى المشى فتبدو الطفلة أنها تترنح وذلك بسبب عدم تناسبق حركات الجذع، وهذا دليل على غياب التآذر الحركى للعضلات الكبيرة. ولا يوجد مثل هذه الأعراض لدى أطفال التوحد (الأوتيزم).
- يعانى أطفال الريت من اضطرابات التنفس، بينما يندر حدوث ذلك عند أطفال التوحد (الأوتيزم).
- تكثر نوبات الصرع لدى أطفال الريت لكنها تكون نادرة الحدوث عند أطفال التوحد (الأوتيزم).

٣- التخلف العقلى: Mental Retardation

كثيراً ما يحدث الخلط بين أعراض اضطراب التوحد (الأوتيزم) ومظاهر الإعاقة العقلية وذلك لأن عدداً كبيراً من حالات التوحد تكون مصاحبة بتخلف عقلى فتظهر

الأعراض مختلطة ويصعب التشخيص. خاصة إذا كانت الإعاقة العقلية شديدة ومعامل الذكاء أقل من ٥٠. كما أن هناك تشابه بين بعض السلوكيات التى يظهرها الأطفال المعاقون عقلياً وبين السلوكيات التى يقوم بها أطفال التوحد (الأوتيزم). وفيما يلى بعض الأعراض والسلوكيات المتشابهة بين هاتين الإعاقتين:

- صعوبات الكلام واللغة.
- القصور الشديد فى القدرة على الأداء المستقل.
- تكرار السلوكيات النمطية.
- صعوبة أداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية.
- القصور الشديد فى الأنشطة المهنية والمهارية.
- النقص الواضح فى الانتباه للمواقف والمثيرات.
- ضعف القدرة على اللعب الإيهامى والرمزى. وهذا مرتبط بنقص القدرة العقلية من حيث القدرة على التخيل والتصور.
- عدم القدرة على فهم الاعتقادات والتوجهات والمفاهيم والانفعالات، ومن ثم صعوبة التكيف مع الآخرين فى البيئة الاجتماعية المحيطة.

وقد توصل الباحثون إلى مجموعة من الفروق الواضحة بين الإعاقتين (اضطراب التوحد كإعاقة للنمو) والإعاقة العقلية (كإعاقة للنمو أيضاً) يمكن من خلال معرفتها الوصول إلى التشخيص الفارق بين كل منهما ومن هذه الفروق:

- مستوى النمو اللغوى لدى الأطفال المتخلفين عقلياً أعلى منه لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم). وذلك من حيث كم المفردات اللغوية، والتراكيب اللغوية والاستعمال اللغوى للمفردات والجمل. حيث يستخدم طفل التخلف العقلى حصيلته اللغوية القليلة فى التواصل مع أفراد أسرته بينما لا يستطيع طفل التوحد (الأوتيزم) ذلك. ولا تظهر مشكلة قلب الضمائر أو إعادة نطق آخر كلمة أو كلمتين من أى سؤال أو كلام يوجه للطفل لدى المعاقين عقلياً القادرين على

الكلام والتخاطب لكن ذلك يعتبر من السمات الرئيسية عند أطفال التوحد (الأوتيزم).

- يتجنب طفل التوحد (الأوتيزم) الالتقاء البصرى مع من يحادثه، لكن ذلك نادر الحدوث فى الأطفال المعاقين عقلياً.

- يتقرب الطفل المعاق عقلياً بوالديه ويرتبط بهما ويتشبث بهما ويتواصل معهما ومع الكبار الذين يعرفهم ويحيطون به بينما نجد طفل التوحد لا يهتم بذلك ولا يكترث بمن حوله ولا يُقبل عليهم كأنه لا يراهم ولا يسمعهم ولا يحس بوجودهم.

- برغم القصور فى السلوك التكيفى لكل من طفل التوحد (الأوتيزم) وطفل الإعاقة العقلية، إلا أن هذا القصور يكون أشد لدى أطفال التوحد (الأوتيزم).

- غياب التفاعل الاجتماعى اللفظى وغير اللفظى لدى أطفال التوحد (الأوتيزم)، بينما نلاحظ وجود التفاعل الاجتماعى- وإن كان ضعيفاً- عند الأطفال المعاقين عقلياً.

- «الانسحاب الاجتماعى» من الصفات المشتركة لدى أطفال الإعاقتين، لكنه أشد وأكثر لدى أطفال التوحد (الأوتيزم)، حيث يتحركون بعيداً عن الآخرين- مهما كانت درجة قرابتهم- ويتجنبوهم، ويعيشون فى عالمهم الخاص مما أدى إلى إطلاق مصطلح «الذاتوية» عليهم.

- «العدوان على الذات أو الآخرين»، من السمات المنتشرة بين الأطفال المعاقين عقلياً، لكنه نادر الحدوث بين أطفال التوحد (الأوتيزم)، وقد لا يظهر إلا عندما تتم مضايقتهم.

- تكثر الحركات العشوائية غير الهادفة بين أطفال التوحد (الأوتيزم)، مثل: الدوران المستمر، والرفرفة بالذراعين، والحركة المستمرة فى المكان. بينما يقل وجود مثل هذه الحركات بين الأطفال المعاقين عقلياً.

- يستطيع أطفال التوحد (الأوتيزم) القيام بالمهارات الحركية التى تتطلب قدرات

حركية دقيـقة بعكس الأطفال المعقاين عقلياً حـيث يعانون من قصور فى هذه المهارات.

- يتـمتع أطفـال التـوحد (الأوتـيزم) بذاكـرة آليـة جيـدة للمكان والزمـان، لكن الأطفال المعـاقين ذهنياً لا يسـتطيعون تخزين المعلـومات التى يحتاجـونها فى مواقف تالية.

- تتـراوح نسب الذكـاء لدى أطفـال التوحـد (الأوتيـزم) بين ٥٠ فـأقل، و١٠٠ فأكـثر، لذا فإنهم يظهرون تبـايناً واضحاً فى الأداء المعـرفى. بينما تكون نسب ذكاء الأطفال المعـاقين عقلياً بين ٧٠ فـأقل. ويصنفون من حيث نسـبة الذكاء إلى المستويات الآتية:

- المسـتوى الأول: تخلف عـقلى بسـيط Mild: وتتـراوح نسبـة الذكـاء فيـه بين ٥٠-٧٠.
- المستوى الثانى: تخـلف عقلى متوسط Moderate: وتتراوح نسبـة الذكاء بين ٣٦- ٤٩.
- المستـوى الثالث: تخلف عـقلى شديد Severe: وتكون نسبـة الذكاء فـيه بين ٢٠- ٣٠.
- المستوى الرابع: قـد تقل نسبة الذكاء عن ٢٠ لدى بعض المعاقـين عقلياً ويطلق عليه تخلفاً عميقاً أو Profound.

تؤكـد نتائج العـديد من الدراسات فى هذا المجـال على تفوق الأطفـال المعاقـين عقليـاً على أقرانهم من المصـابين باضطراب التوحـد (الأوتيزم) فى مجـال التواصل والتفاعل الاجتماعى.

لكنهم قد يتساوون أحياناً فى نقص مهارات السلوك التكيفى.

تشير الدراسات النفسـية والاجتماعية إلى أن الانسحاب والعزلة الاجـتماعية من السمـات الرئيسـية للأطفال المصـابين باضطراب التوحـد (الأوتيزم)، بينما يـستطيع الأطفال المعاقون عقلياً الاندماج مع الآخرين والانتماء إليهم.

يُعتبر ضعف وقصور الانتباه والذاكرة والتركيز من مشكلات كل من المعاقين عقلياً وأطفال التوحد (الأوتيزم). لكنها لدى أطفال التوحد تكون أكثر حدة خاصة فيما يتعلق بالانتباه. وذلك كما أكدته نتائج بحوث المقارنة بين الإعاقتين.

تختلف مشكلات اللغة والتعبير اللفظي وغير اللفظى عند أطفال الإعاقتين، فقد تكون اللغة غير موجودة تماماً عند أطفال التوحد، وإن وُجدت فإنها تكون غير عادية.

يصعب على أطفال التوحد (الأوتيزم) التقليد والمحاكاة، بينما يستطيع المعاقون عقلياً تقليد الآخرين ومحاكاتهم خاصة إذا تم حثهم على القيام بذلك.

قد يعانى المعاقون عقلياً من اضطرابات فى الفهم والإدراك، لكن المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم) يعانون أكثر فيما يتعلق بالإدراك الحسى الحركى، وقد يبدون استجابات شاذة لمنبهات بعينها وخاصة فى الإدراك البصرى وما يتعلق به من حركات فى الوجه واليدين.

- تكثر السلوكيات والحركات النمطية لدى أطفال التوحد (الأوتيزم) لكنها تقل عند الأطفال المعاقين عقلياً كما تختلف كثيراً فى أشكالها.

وفى دراسة مقارنة بين مجموعتين كبيرتين من الأطفال المعاقين عقلياً وأقرانهم من أطفال التوحد (الأوتيزم)، كان هدفها تسهيل عملية التشخيص الفارق بين الإعاقتين والتمييز بينهما، أمكن التوصل إلى مجموعة من الملاحظات يمكن استخدامها عند التشخيص كما يلى:

١- طفل التوحد لا يفهم المظاهر الانفعالية أو العاطفية ولا يملك القدرة على التعبير عنها. ويبدو ذلك فى رفضه فضلاً عن عدم الترحيب بحمل أمه له واحتضانه أو تقبيله. بينما وُجد أن الطفل المعاق عقلياً يتقبل مثل هذه المظاهر العاطفية ويرحب بها.

٢- لا يقتصر عجز طفل التوحد (الأوتيزم) عن التواصل اللغوى بل يمتد ليشمل

التواصل الحركى والحسى مثل: (حركات الأيدى وتعابير الوجه والعيون والحركات البدنية الأخرى). بينما لا يظهر ذلك لدى المعاقين عقلياً إلا فى حالات الإعاقة العقلية العميقة أو الشديدة.

٣- التوحد (الأوتيزم) يولد به الطفل وأعراضه تظهر خلال ثلاثين شهراً من الولادة. أما الإعاقة الفعلية قد يولد بها الطفل وقد تحدث له بعد الولادة نتيجة حادث أو مرض يصيب المخ أثناء فترة النمو (مرحلة الطفولة).

٤- اضطراب التوحد يجعل الطفل منغلق عن العالم من حوله كأنه بلا حواس، وكأن جهازه العصبى متوقف عن العمل فلا يهتم بمن حوله ولا يبالى بأقرب الناس له (الأم- الأب- الأخوة) وكأنهم لعب أو كراسى أو أى شيء آخر فى البيئة. لكن الأطفال المعاقين عقلياً ليسوا كذلك.

٥- يوجد تفاوت كبير بين مستوى الذكاء اللفظى (الذى يكون أكثر انخفاضاً) ومستوى الذكاء غير اللفظى (الذى يكون أكثر ارتفاعاً فى الغالب) لدى أطفال التوحد (الأوتيزم). بينما تتساوى مستويى الذكاء اللفظى وغير اللفظى لدى الأطفال المعاقين عقلياً.

٦- من السمات الأساسية عند الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم) تجنب الالتقاء البصرى مع من يحدثهم. فى حين يبدو ذلك نادر الحدوث من الأطفال المعاقين عقلياً وفى حالة حدوثه يكون ذلك بسبب عدم التركيز ونقص الانتباه أو عدم الفهم.

٧- يميل الأطفال المعاقون عقلياً إلى التقرب من الوالدين والارتباط بهما والتواصل معهما ومع الكبار ممن حولهم الذين يهتمون بهم ويظهرون فرحة بقربهم منهم. إلا أن ذلك غائبٌ تماماً عند أطفال التوحد (الأوتيزم) ولهذا فإن التعامل مع الأطفال المعاقين عقلياً وتدريبهم أسهل بكثير من أطفال التوحد (الأوتيزم) حيث يحتاج الأمر إلى جهود فائقة وصبر وجلد فى التعامل معهم وتدريبهم وتعليمهم.

٨- مما يسترعى الانتباه عند مخاطبة الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم) أنهم يخلطون بين الضمائر (أنا وأنت- هو وهى... إلخ) فيستعملون كلا منهما مكان الآخر. كما أن حصيلتهم من المفردات قليلة ولا يستخدموها فى التواصل، وإذا تكلموا يكون كلامهم مضطرباً وغير معبر بعكس الأطفال المعاقين عقلياً.

ويلاحظ على ردودهم أنها مجرد ترديد لما سمعوه وليس رداً وأن الطفل يكتفى بإعادة نطق آخر كلمة أو كلمتين من أى سؤال أو كلام يوجه إليه، أما أطفال الإعاقة العقلية فلا توجد لديهم مثل هذه الظاهرة.

٩- ينتاب الأطفال المصابون باضطراب التوحد غضب شديد لدرجة إيذاء الذات أو الآخرين عند تغيير عاداتهم اليومية سواء فى ملبسهم أو مأكلهم أو لعبهم أو الأثاث الخاص بغرفتهم. لكن الأطفال المعاقين عقلياً لا يتأثرون كثيراً بمثل هذه التغييرات.

وقد جاء فى الدليل التشخيصى للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) أن الأوتيزم Autism (التوحد)
لا يندرج تحت صعوبات التعلم، ولا تحت التخلف العقلى. لكنه يصنف ضمن الاضطرابات النمائية الشاملة Pervasive Developmental Disorders.

وحيث أن اضطراب التوحد (الأوتيزم) يصيب الأطفال فى مرحلة من أهم مراحل النمو الإنسانى وهى مرحلة الطفولة المبكرة، كان ولابد من الاهتمام بالكشف المبكر عن هذا الاضطراب فى مراحله الأولى لأن ذلك يزيد من فرصة تحسن أحوال الأطفال المصابين به وعلاجهم فى الوقت المناسب لكى يتمكن مثل هؤلاء الأطفال من التوافق مع أنفسهم ومع ذويهم ومع المجتمع من حولهم وأن يحققوا ذواتهم لكى يشعروا بالسعادة مثل أقرانهم من الأطفال العاديين.

بينما يؤدى التأخر فى التشخيص إلى صعوبة العلاج وطول أمد المعاناة لهؤلاء الأطفال وذويهم، ويؤخر إمكانية تحسن أحوالهم.

سابعاً

علاج اضطراب التوحد (الأوتيزم)

سابعاً: علاج اضطراب التوحد (الأوتيزم)

تتعدد أنواع التدخلات العلاجية لهـذا الاضطراب تبعاً لعدة عوامل منها ما يتعلق بظروف الطفل المصـاب به، ومنها مـا يرتبط بالأهداف المرجو تحـقيـقها مـن العلاج، وعوامل أخـرى تتصل بطبيـعة هذا الاضطراب ومـا يصاحبـه- أحياناً- من إعـاقات أخرى.

بالنسبة للظروف المتعلقة بالطفل:

يتحـدد نوع العلاج حـسب عمـره الزمنى والعقـلى، والظروف البيـئيـة والأسرية للطفل، ومدى مشاركة الوالدين فى تنفيذ خطة البرنامج العلاجى المعد من أجله.

أما عن العوامل المتصلة بطبيعة الاضطراب:

فـقد يصـاحب اضطراب التوحـد إعاقـات أخـرى مثل الإعـاقة العـقلية أو أحـد الإعاقات الـنمائية الأخرى التى قـد تتشابه أعراضـها مع أعراض التوحـد أو تختلف معها أحياناً.

وأما عن الأهداف المرجو تحقيقها من العلاج:

نظراً للصعـوبات التى تواجه أسر الأطفال المصابيـن بهذا الاضطراب، وأن علاج هذا الاضطراب يستـغرق وقتاً طويلاً، فقـد يحتاج الطفل إلى تدريبات خـاصة مدى حياته- فى بعض الحالات- فإن الأمر يتطلب عمل برامج إرشادية للوالدين والأخوة الكبار للطـفل، وتدريبهم على التعـامل مع الطفل وتقبله والمشـاركة فى تنفـيذ خطط العلاج.

وعند تحـديد أهداف العـلاج يجـب على المعـالج إطلاع أسـرة الطفل عليـهـا

والاستماع إلى آرائهم ليشتركوا فى وضع هذه الأهداف ومن ثم يمكنهم المشاركة فى تنفيذ الخطط العلاجية بطريقة فعالة.

وفيما يلى الأهداف العلاجية التى يمكن حصرها لبرامج العلاج والتدريب والتأهيل لأطفال التوحد بصفة عامة.

أهداف التدخلات العلاجية لاضطراب التوحد (الأوتيزم):

تتحدد الأهداف العلاجية لهذا الاضطراب فى ضوء الصعوبات والمشكلات التى يواجهها الأطفال المصابون به، وما إذا كان مصاحباً بإعاقات أخرى مثل الإعاقة العقلية.

ويحتاج تحديد الأهداف العلاجية إلى تشخيص دقيق للحالات، والاكتشاف المبكر للاضطراب ومعرفة الأعراض والمظاهر المرضية المصاحبة له.

ويجب تحديد أهداف البرامج العلاجية بدقة فى ضوء الواقع العيانى للطفل والظروف المحيطة به، ومعرفة المستوى النمائى المتوقع منه الوصول إليه فى فترة زمنية معينة، ويتحدد ذلك المستوى بناءً على اختبارات عديدة وفحوصات وتحاليل طبية ونفسية دقيقة يتم تطبيقها على الطفل.

وبصفة عامة يمكن أن تكون الأهداف العلاجية لهذا الاضطراب كما يلى:

- التقليل أو الكف عن السلوكيات الشاذة والنمطية والتى تعرقل تواصل الطفل مع الآخرين.
- تعويض الطفل عن النقص فى بعض الهرمونات الضرورية واللازمة للنمو السوى.
- الوصول إلى معدلات سوية للنمو فى جميع جوانبه (العقلية، البدنية والفسيولوجية، والنفسية والانفعالية، والاجتماعية).
- الارتقاء بمهارات التواصل اللفظى وغير اللفظى.

- الاهتمام بالنمو اللغوى وزيادة المفردات اللغوية للطفل، وتحقيق الترابط بين الكلمات والمواقف الحياتية اليومية فى تفاعلات الطفل مع الآخرين.
- تنمية مهارات العناية الشخصية ورعاية الذات وخاصة لدى الأطفال المصابين بإعاقة عقلية بالإضافة للتوحد.
- تعديل السلوكيات غير المرغوبة وتعليم السلوكيات الصحيحة للطفل.
- تنمية المهارات الاجتماعية من أجل التفاعل الاجتماعى الإيجابى للطفل وتحقيق النضج الاجتماعى له.
- تنمية المهارات الأكاديمية والتدريبية المهنية من أجل الإعداد التربوى والمهنى فى المراحل النمائية المتقدمة فى حياة الطفل.
- مساعدة الوالدين على تقبل الطفل، وإرشادهم لطرق التواصل معه، وتشجيعهم للمشاركة فى تدريب الطفل على المهارات المختلفة والمساهمة فى تنفيذ البرنامج العلاجى المعد له.

ويتوقف نجاح تلك الأهداف على عدة عوامل أهمها: التدخل المبكر والتشخيص الدقيق للحالة وقد تحدثنا فى موضع سابق فى هذا الكتاب عن التشخيص، وفيما يلى نتناول أهمية التدخل المبكر لعلاج اضطراب التوحد:

تؤكد نتائج الدراسات التجريبية أن تحسن حالات الأطفال المصابين باضطراب التوحد يكون أفضل بكثير إذا بدأ العلاج معهم بطريقة منظمة ومكثفة عند عمر العامين أو الثلاثة أعوام، مما إذا بدأ العلاج بعد هذه المرحلة العمرية المبكرة، وذلك لأن التنمية المبكرة للقدرات العقلية تتيح فرصاً أكبر لنمو المخ وتطوره فيبدأ الطفل فى اكتساب الخبرات مبكراً ومن ثم يصبح قادراً على التفاعل مع البيئة التى يعيش فيها بطريقة أفضل مما يؤدى إلى تنمية القدرات المعرفية والاجتماعية لديه.

وقد أظهرت الدراسات الحديثة فى هذا الشأن، أن التدخل المبكر يزيد من فرص تعليم وتأهيل هؤلاء الأطفال لدخول المدرسة وإمكانية تفاعلهم مع الأطفال العاديين

بطريقة أفضل من غيرهم الذين لم يبدأ العلاج معهم إلا فى مرحلة متأخرة. كما تؤكد هذه الدراسات- ومنها دراسات تتبعية- أن التدخل العلاجى المبكر قد أعطى الأطفال فرصاً للتأهيل والتدريب المهنى والحصول على مهن مناسبة لهم فى مراحل عمرهم التالية (المراهقة والشباب) مقارنة بالأطفال الذين لم تتح لهم فرص التدخل العلاجى المبكر.

وفى دراسات مقارنة أخرى تبين أن الأطفال الذين حصلوا على خدمات علاجية وتدريبية مبكراً قد أظهروا تفوقاً أكاديمياً ومهنياً أفضل من الأطفال الذين لم يحصلوا على هذه الخدمات.

ويفسر المتخصصون أسباب أهمية التدخل المبكر فى علاج اضطراب التوحد (الأوتيزم) فيما يلى:

- أنه فى السنوات الأولى من عمر الطفل تكون بعض المراكز العصبية والحسية فى الجهاز العصبى لاتزال فى طور التشكيل والنمو بحيث يسهل تعديلها وتطويرها.

أن عدم الكشف عن الاضطراب فى مرحلة مبكرة يؤثر سلباً فى جميع جوانب نمو الطفل. حيث تزداد أنماط السلوك الشاذ فتؤثر سلباً فى مظاهر النمو الحركى، وتعوق النمو المعرفى والاجتماعى أيضاً.

- أن الخبرة التى تحصل عليها الأسرة فى وقت مبكر تلعب دوراً كبيراً فى اتباعهم الأساليب التربوية والعلمية السليمة فى التعامل مع الطفل، وهذا يقلل من السلوكيات غير المرغوبة لديه، ويسهم فى اكتسابه للسلوكيات السوية، وذلك لما يتصف به الطفل فى طفولته المبكرة من مرونة وقابلية للتغيير أفضل من المراحل التالية من العمر.

- أن الأطفال المصابين بالتوحد (الأوتيزم) يحتاجون إلى فترة طويلة من التدريب والتعليم المنظم وإلى تكرار كثير حتى يمكنهم التأثر الإيجابى بالعالم المحيط بهم والانشغال بمن حولهم كما يحتاجون إلى التعامل المستمر بطرق منظمة وعلمية مع المحيطين بهم من الكبار والصغار لكى تكون النتائج مجدية ومفيدة.

إن اكتساب الأسر للخبرة التدريبية، والتعرف على طرق وأساليب التعامل الصحيح مع أطفالهم يقلل الكثير من معاناتهم فى التعامل مع هؤلاء الأطفال، ويهيئ لهم فرصاً لتقديم الخدمات التربوية والتأهيلية المناسبة لأطفالهم فى الوقت المناسب، مما يقلل من الآثار السلبية للقصور فى أحد جوانب النمو على جوانب النمو الأخرى للطفل. فإذا كان الطفل يعانى من ضعف شديد فى نمو اللغة، ولم يجد العلاج المناسب فى الوقت المناسب، فمن المتوقع أن يزداد هذا الضعف ويؤدى إلى قصور شديد فى التفاعل الاجتماعى لأنه لن يستطيع التواصل مع الآخرين بسبب قصوره الشديد فى نمو اللغة.

فيما يلى عرض لأنواع التدخلات العلاجية لاضطراب التوحد (الأوتيزم):

١- العلاج الطبى Medical Interevention

٢- العلاج السلوكى Beyavior Modification

٣- العلاج بالفن Art therapy

٤- العلاج بالموسيقى Music Therapy

٥- العلاج بالعمل Occupational Therapy

٦- العلاج البيئى Environmental Therapy

٧- العلاج باللعب Play Therapy

٧- العلاج اللغوى Language Therapy

٨- العلاج الحركي Movement Therapy

٩- العلاج الحسى Sensory Therapy

(١) العلاج الطبى

ينقسم العلاج الطبى لاضطراب التوحد (الأوتيزم) إلى:

أ- العلاج الدوائى (العقاقير الطبية).

ب - العلاج الهرمونى والغذائى.

أ- العلاج الدوائى:

يصف الأطباء بعض العقاقير الطبية لمعالجة هذا الاضطراب وتستخدم الأدوية عادة لمواجهة الأسباب البيولوجية والفسيولوجية المسئولة عن حدوثه، ولأن هذه الأسباب غير محددة بدقة فى كل الحالات فإنه لا يوجد حتى الآن عقاراً طبياً شافياً لهذا الاضطراب، وإنما توجد عدة أنواع من العقاقير الطبية التى تخفف من أعراضه عند بعض الحالات. وفى هذا الشأن أجريت عدة دراسات طبية أكدت نتائجها أن نجاح عقار أو أكثر مع بعض الحالات، لا يعنى بالضرورة نجاحه مع حالات أخرى.

ويوصى الأطباء بالحذر فى استخدام تلك العقاقير وعدم إعطائها للطفل إلا بعد الفحص الدقيق بمعرفة الطبيب المختص والالتزام بالقدر الذى يحدده وحجم الجرعة ونوعيتها والمدة التى يستمر فى تعاطيها.

وتؤكد الدراسات أنه لا توجد مجموعة من الأدوية المقررة يمكن أن توصف لكل الأفراد المصابين بالتوحد (الأوتيزم) برغم تشابه الأعراض عند الكثيرين منهم.

فالبعض يحتاج للمهدئات لمواجهة السلوك التدميرى والعصبية الزائدة، والبعض يحتاج لأدوية مضادة للصرع، وآخرون يحتاجون للعقاقير المساعدة على التركيز وتحسين الذاكرة والقدرة على الانتباه، وقد يحتاج آخرون إلى أدوية مساعدة لخفض القلق أو العنف المرتبط بإيذاء الذات.

ويُحذر المتخصصون من الإسراف فى استخدام الأدوية مع أطفال التوحد مهما كانت النتائج الإيجابية المرجوّة منها لأن بعض العقاقير الطبية- بما تحمله من مواد

كيميائية- لها تأثيرات سلبية معاكسة على الطفل بسبب التفاعلات الكيميائية للجسم مع تلك المواد مما قد يؤدى إلى مشكلات خطيرة للجهاز العصبى للطفل أو الإضرار ببعض الأعضاء الداخلية للجسم مثل الكبد.

ونوصى بأن يكون العلاج الدوائى عنصراً محورياً ضمن خطة علاجية شاملة تتضمن أنواع العلاجات الأخرى مثل العلاج النفسى والعلاج البيئى والاجتماعى، والعلاج الغذائى.. وغيرها.

ب- العلاج الهرمونى والغذائى:

يعتمد هذا النوع من العلاج على تأكيد العديد من الدراسات على وجود نقص فى بعض الهرمونات لدى أطفال التوحد (الأوتيزم) والذى يتسبب فى ظهور كثير من أعراض هذا الاضطراب، كما أن هؤلاء الأطفال يعانون من نقص فى مستوى الماغنيسيوم والزنك فى الدم، وتشير نتائج الدراسات المتواترة فى هذا الصدد إلى وجود نقص فى الأحماض الدهنية المشتقة فى الدم لدى هؤلاء الأطفال بالإضافة إلى اضطراب فى معدلات الأحماض الأمينية لديهم وانخفاض فى الفيتامينات [B/2,B6,A,E]ويسير الأطباء والمتخصصون فى هذا المجال فى عدة اتجاهات كما يلى:

- إعطاء بعض الهرمونات التعويضية للحالات التى تعانى من نقص شديد فى هذه الهرمونات.
- الامتناع عن تناول بعض العناصر الغذائية التى قد تسبب توترات عصبية أو اختلال فى الحالة المزاجية.
- إعطاء الفيتامينات اللازمة للنمو السوى لتعويض الناقص منها لدى الطفل.

ويعتبر العلاج الهرمونى والغذائى مكملاً للعلاج بالأدوية الطبية ومسانداً لبرامج العلاج الأخرى.

ومن أهداف العلاج الطبى بصفة عامة، علاج المشكلات الصحية التى يعانى منها الأطفال المصابون بالتوحد (الأوتيزم)، وذلك بالكشف عن تلك المشكلات بكافة الأساليب الطبية اللازمة ومن أهمها التحليلات المخبرية فى المختبرات المتخصصة.

وتشير الدراسات الطبية إلى أن كثيراً من هؤلاء الأطفال يعانون من مشكلات فى الجهاز الهضمى، ووجود فطريات بالأمعاء، ومعادن زائدة فى الدم من النوع الثقيل الضار وأن بعضهم لديهم ضعف بالجهاز المناعى، وحساسية لأنواع معينة من الأطعمة.

ويتم علاج هذه الحالات على مرحلتين:

المرحلة الأولى: معالجة الأمعاء من الفطريات. ويوصى الأطباء بأن يتم ذلك قبل مرحلة إزالة السموم والمعادن الثقيلة الضارة حتى نتفادى الأعراض الجانبية السلبية لها.

وتتضمن هذه المرحلة الحمية الغذائية حيث يُمنع الطفل من تناول بعض الأطعمة، أو الإكثار من أطعمة أخرى كل حالة حسب ما يناسبها وحسب ما تعانى منه هذه الحالة أو تلك. والذى يحدد ذلك هو الطبيب المختص فقط. وقد تتطلب بعض الحالات تعاطى بعض الإنزيمات الهضمية أو الفيتامينات والمعادن الضرورية للنمو السوى لتعويض الجسم عن النقص فى تلك العناصر الغذائية.

ومن التحاليل الهامة التى يجب أن تجرى للطفل فى هذه المرحلة العلاجية والتى يوصى بها معظم الأطباء المتخصصون:

- urine peptide test .
- Comprehensive stool Analysis.
- Urin organic Acid.
- Food Allergy profile.

المرحلة الثانية: يتم إزالة السموم والمعادن الثقيلة الضارة مثل الزئبق والرصاص.

ويتم الكشف عن وجود هذه المعادن أو عدم وجودها عند الطفل بعمل تحاليل

خاصة متعددة مثل: (تحليل عينة من الشعر) وهذا النوع من التحاليل قد لا يكون متوفر إلا فى المراكز الطبية الكبيرة والمتخصصة

(٢) العلاج السلوكى: Behavior therepy

وهو فرع من فروع العلاج النفسى، ويندرج تحت هذا النوع من العلاج النفسى تعديل السلوك Behavior Modification والمقصود بتعديل السلوك، تغيير السلوك غير المرغوب بطريقة منهجية علمية إما بالقضاء عليه نهائياً أو التقليل منه أو تحسينه وتطويره للأفضل. ويُتبع فى ذلك طرق وأساليب متعددة نطلق عليها «فنيات تعديل السلوك» ويعتبر العلاج السلوكى من أفضل العلاجات النفسية التى أظهرت الدراسات فاعليتها فى علاج وتعديل سلوكيات الأطفال المصابين باضطراب التوحد.

ومن أهم طرق وأساليب تعديل السلوك التى ثبتت فاعليتها فى هذا المجال هى:
أ- التعزيز. ب- النمذجة.

(أ) التعزيز: Reinforcement

وهو حالة ينتهى بها السلوك بحيث تزيد من احتمال حدوثه فى المستقبل، أو تقلل مرات حدوثه أو انطفائه وعدم تكراره بعد ذلك.

وفنية التعزيز لها أركان أساسية يجب تحديدها بدقة وهذه الأركان هى:

- السلوك غير المرغوب والمطلوب تغييره أو تعديله.
- السلوك المطلوب تقويته وتدعيمه.
- المعززات (المكافآت) التى يؤدى تقديمها إلى تقوية السلوك المطلوب. وإبعادها يمكن أن يضعف من السلوك غير المرغوب أو انطفائه وعدم تكراره.
- العوامل المعززة للسلوك غير المرغوب والتى يؤدى عدم تواجدها إلى انطفاء هذا السلوك.

ولكى يتم استخدام «التعزيز» بنجاح فى تعديل السلوك يجب اتباع عدد من الخطوات الإجرائية وهى:

١- تحديد السلوكيات المراد تغييرها. وهذا يتطلب ملاحظة الطفل وتسجيل سلوكياته بدقة، ثم تحديد السلوكيات المستهدفة (غير المرغوبة). ويفضل أن يشترك أكثر من شخص فى هذه الخطوة من أجل الدقة والموضوعية.

٢- التقييم الكمى للسلوك: بمعنى تحديد مرات حدوث السلوك والأوقات التى يحدث فيها، وما إذا كان السلوك يتكرر أكثر فى أوقات بعينها.

٣- التقييم الكيفى للسلوك: والمقصود هنا توضيح كيف يحدث السلوك، وتعيين الظروف المحيطة بالطفل أثناء حدوث السلوك.

٤- بعد تحديد السلوكيات المراد تعديلها، وتكرارات حدوثها، وكيفية حدوثها، والملابسات المحيطة بها، يتم وضع برنامج يستهدف تعديل تلك السلوكيات ويتضمن الإجراءات التى سوف تستخدم فى تقديم المعززات وأنواعها وأسلوب التعزيز ويطلق على هذه الخطوة إجراءات التعزيز.

ويجب أن يتضمن البرنامج قائمة بالأشياء التى يحبها الطفل لتكون هى المعززات التى تستخدم لتدعيم الطفل كلما أتى باستجابة مرغوبة أو توقف عن استجابة غير مرغوبة.

وللتعزيز عدة نظم وإجراءات أهمها:

- **التعزيز على فترات Periodic Reinforcement:**

حيث يُقدم المعزز على فترات زمنية محددة.

- **التعزيز النسبى Ratio Reinforcement:**

فيه يقدم المعزز عقب صدور عدد معين من الاستجابات.

- **التعزيز الثابت: Fixed Rei:**

ويقصد به إعطاء المعزز كل فترة زمنية ثابتة، أو عدد ثابت من الاستجابات.

- التعزيز المتغير: Variable Rei:

حيث يقدم المعزز على فترات زمنية غير ثابتة أو عقب عدد غير ثابت من الاستجابات.

ويمكن أن يكون التعزيز فترياً ثابتاً أو فترياً متغيراً، كما يمكن أن يكون نسبياً ثابتاً أو نسبياً متغيراً.

والتعزيز قد يكون مستمراً، بحيث يعطى المعزز بعد كل استجابة، أو يكون متفاوتاً أو متقطعاً Intermittent حيث يقدم المعزز مرة، ولا يقدم مرات، ثم يقدم مرة أخرى.

ويشترط فى جميع نظم التعزيز سالفة الذكر أن يكون المعزز (الشيء الذى يعطى للطفل) محبباً أو مفضلاً لدى الطفل. كما يشترط أن يقدم فور ظهور الاستجابة المطلوبة أوفور الامتناع عن السلوك غير المرغوب، وهو ما يطلق عليه «التجاور الزمنى للمعزز المفضل» لأن ذلك يزيد ميل هذا المعزز لاستدعاء الاستجابة المرغوبة فى المرات التالية ويضعف من الميل إلى تكرار السلوك غير المرغوب.

وتعتبر المعززات من أهم أركان عملية التعزيز، حيث يتوقف عليها نجاح تلك العملية فى تعديل السلوك. وقد تكون المعززات مادية مثل: (الطعام، الحلوى، العملات النقدية الصغيرة، واللُّعَب والمشروبات والعصائر). وقد تكون اجتماعية أو معنوية مثل: (عبارات الإطراء والاستحسان، الربت على اليد أو الكتف، أو التصفيق الجماعى).

وعند تحديد نوع المعزز الذى سيستخدم فى برنامج تعديل السلوك يجب مراعاة عدة شروط أهمها:

١- أن يكون المعزز محبباً إلى الطفل لكى يبذل جهداً للحصول عليه فيكرر السلوك المطلوب أو يمتنع عن السلوك غير المرغوب.

٢- أن يقدم المعزز فور ظهور الاستجابة المطلوبة أو عندما يتوقف الطفل عن استجابة غير مرغوبة. فالتأخر فى تقديم المعزز قد يؤدى إلى تقوية سلوك آخر يفعله الطفل دون قصد منه، وقد يكون هذا السلوك الآخر غير مرغوب.

٣- يراعب العمر الزمنى والعقلى للطفل الذى نهدف إلى تعديل سلوكه. وبصفة عامة فإن معظم الأطفال فى مرحلة الطفولة المبكرة (من ٣- ٥ سنوات) يفضلون المعززات المادية لكنهم يختلفون فى اختياراتهم بين الأطعمة وأنواعها والمشروبات وأنواعها، وكذلك فى الأنواع المختلفة للحلوى. أما الأطفال من بعد الـ٥ سنوات فمعظمهم يفضلون العملات النقدية والألعاب. بينما نجد بعض الأطفال فى سن الطفولة المتأخرة (من ٩- ١٢ سنة) يفضلون المعززات الاجتماعية مثل التصفيق الجماعى وعبارات الإطراء والاستحسان.

(ب) التعليم بالنموذج (النمذجة) Modeling

وهو أسلوب تعليـمى وتدريبى يـقوم على أداء السـلوك الصحـيح المراد تعلـيمـه للطفل، وتشجـيعه على الانتبـاه ومتابعة الأداء الصـحيح، ثم حثه على القـيام بالأداء كما رآه محتذياً بذلك النموذج فى الأداء.

ويستند هذا الأسلوب إلى نظرية التعلم الاجتـماعى التى تهتم بالتعليم والتدريب عن طريق الملاحظة والتقليد.

وتؤكـد نـتـائج الدراسـات الـتى أجـريت على هـذه النظرية على أنه مـن الممكن إكساب الفرد سلوكاً جـديداً عن طريق ملاحظته أداء نموذج لهذا السلوك. وقد تؤدى الملاحظة للأداء الصحـيح إلى التوقف عن السلوكـيات الخاطئة غـير المرغوبة، وتثير بداخل الفرد اسـتجابات صحـيحة كامنة فـيُظهر سلوكيـات صحيحـة، ويصبح أدائه مطابقاً للنموذج الذى لاحظ أداءه.

وتتم عمليـة تعديل السلوك بالنموذج من خـلال الانتباه إلى الأداء الصحـيح وما يرتبط به من ظروف وملابسات يتخللها الحث على الانتباه، والتشجيع للاستمرار فى الانتبـاه، وهذا من شأنه أن يـقوى الانتبـاه لدى الأفراد المصـابين باضطراب التـوحد (الأوتيزم)، ويخلصهم من سلوكيات عشوائية كـثيرة كانت تشتت انتباههم وتحرمهم من التـعلم والتواصل. وكلـما كـانت القدرات العـقلية والجـسـميـة للطفل مناسبـة للنموذج الذى يلاحظه كلما كان قـادراً على الأداء بشكل صحيح. ولذلك يجب أن يتضمن برنامج تعـديل السلوك باستخدام فنية «الـنمذجة» خبرات ومهـارات مناسبة للقدرات العقلية والجسمية للطفل الذى نقوم بتعديل سلوكه.

وتؤكد نتائج العديد من الدراسات التى أجريت على أفراد التوحد (الأوتيزم)، أنه أمكن ضبط سلوكـهم عن طريق عرض النماذج السلوكـية المرغوبة أمامـهم، وجذب

انتباههم إلى ملاحظتها ثم تقليدها وتكرار ذلك لفترة زمنية مناسبة لا تقل عن أربعة أسابيع.

وتشير الدراسات التجريبية فى هذا المجال إلى أن فنية «التعلم بالنموذج» أو «النمذجة» من الفنيات الأساسية الهامة فى تعديل السلوك، حيث أمكن علاج السلوك المضطرب لعدد كبير من الأطفال والمراهقين أيضاً عن طريق تقديم نماذج توضيحية للسلوكيات السوية وتقدم هذه النماذج إما عن طريق الأداء المباشر أو عن طريق أفلام الفيديو.

وقد استخدمت بعض الدراست فنية «النمذجة» فى تعليم أطفال التوحد (الأوتيزم) مهارات المحادثة عن طريق الأداء المباشر. واستطاعت استخدامها مع المراهقين المصابين بنفس الاضطراب وحققت نتائج إيجابية مع معظم هؤلاء المراهقين وذلك عن طريق أفلام الفيديو. كما توصلت النتائج إلى إمكانية استخدام هذه الفنية فى تعليم هؤلاء المراهقين مهارات الشراء والبيع إلى جانب مهارات المحادثة والتفاعل مع الآخرين وإجراء حوارات معهم.

لكن الدراسات التى أجريت على الأطفال المعقوين عقلياً تشير إلى عدم إقبالهم على متابعة أفلام الفيديو، ولذلك توصى بأن يستخدم مع أمثالهم طريقة الأداء المباشر.

وينصح المتخصصون فى تعليم وتدريب الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم) وكذلك المصابين بالإعاقة العقلية سواء كانت الإعاقة مصاحبة للاضطراب أو بمفردها، بأن تُتَّبع التعليمات الآتية بدقة حتى تنجح فنية «النمذجة» فى تعديل سلوك هؤلاء الأطفال. وهذه التعليمات كما يلى:

- يتم أداء السلوك المرغوب بطريقة صحيحة أمام الطفل.
- يجب شرح كل خطوة أثناء أدائها.
- يجب جذب انتباه الطفل لملاحظة الأداء خطوة خطوة وأن يستمر ذلك خلال

عرض النموذج حتى نهاية الأداء. ويمكن استخدام الحث البدنى واللفظى مع الأطفال مع التشجيع والتدعيم لكى يستمر الطفل فى الانتباه. وإذا لزم الأمر يُعاد أداء بعض الخطوات أكثر من مرة.

- أن يبدأ عرض النموذج بالخطوات السهلة البسيطة.
- أن تكون سلسلة الاستجابات فى النموذج المعروض على الأطفال قصيرة حتى تناسب فترة انتباههم، كما يجب أن تكون بسيطة وغير معقدة حتى لا تثير تململهم.
- أن يكون عرض النموذج فى نفس اتجاه السلوك المراد إكسابه للطفل حتى لا يكتسب السلوك بطريقة عكسية.
- أن يكون جذب الانتباه بطرق محببة للطفل، ويجب التقليل من التعليمات التى تأخذ صيغة الأمر أثناء عرض النموذج.
- ينبغى تأدية «النموذج» فى مواقف فعلية لإثارة اهتمام الطفل لمتابعة الأداء وتقليده فى نفس المواقف أو فى مواقف مشابهة فى الواقع. ومن الجدير بالذكر أن نتائج الدراسات تؤكد نجاح هذا الأسلوب فى تعليم الأطفال التعميم بالإضافة إلى تعديل سلوكهم.

- يجب تقديم «النموذج» من الكبار [الإخصائى النفسى أو المعلم أو أحد الوالدين بعد تدريبه]. ذلك لأن نتائج الدراسات التى أجريت على الأطفال المصابين باضطراب التوحد وكذلك المعاقين عقلياً تؤكد أن هؤلاء الأطفال يفضلون متابعة النماذج السلوكية المقدمة من الكبار، فى حين يرفضون ذلك من الأقران ومن هم أكبر قليلاً منهم مثل الأخوة والأخوات فى سن الطفولة المتأخرة والمراهقة سواء كانوا من العاديين أو من المعاقين الذين تم علاجهم.

- يُفضل دائماً لنجاح هذا الأسلوب فى تعديل السلوك أن يتم التقبل والتفاعل بين مقدم النموذج وبين الطفل ويوضح له متى يبدأ، ومتى وكيف ينتهى. ويبتعد عن

الفجائية أثناء عرض النموذج، وعليه استخدام الأشياء المألوفة للأطفال فى بيئتهم الطبيعية وكذلك يجب الابتعاد عن استعمال الألفاظ والعبارات الغريبة عليهم أو التى يصعب عليهم فهمها. فإن ذلك أدعى لأن يزيد ميلهم للمتابعة والملاحظة وتقليد السلوكيات السوية كما لاحظوها فى الأداء الذى عُرض عليهم.

فقد أثبتت دراسات عديدة أن أطفال التوحد (الأوتيزم) وكذلك المعاقين عقلياً يحبون الأشياء المألوفة لهم، وينفرون من تلك الأشياء الغريبة عنهم والتى لم يألفوها بعد، وأنهم لا يحبون المفاجآت كما أن الفجائية تشتت انتباههم.

وتؤكد نتائج الدراسات على أهمية برامج تعديل السلوك التى تستخدم فنيات تعديل السلوك وبخاصة «التعزيز»، و«النمذجة» أو «النموذج» فى تعديل السلوكيات النمطية المتكررة لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد، وإكسابهم سلوكيات صحيحة سوية، وتنمية مهاراتهم، وزيادة استعدادهم للتعليم والتدريب، وكلما نجح الطفل فى برنامج تدريبى من هذه البرامج زادت قابليته لتلقى برامج أخرى أكثر تقدماً، ومن ثم يمكن التحاقه بالمدرسة فى وقت مناسب مع أقرانه العاديين. وهذه من أهم مزايا برامج تعديل السلوك لأطفال التوحد، حيث يتم دمجهم مع غيرهم من الأطفال فى المدارس العادية مما يحقق التفاعل والتواصل بينهم. وهذا من شأنه أن يخفف كثيراً من الآثار السلبية لاضطراب التوحد (الأوتيزم) على كل من الطفل وأسرته.

وهناك مزايا أخرى تتحقق من استخدام برامج تعديل السلوك أهمها:

١ - أنه أسلوب علاجى مبنى على أسس ومبادئ يمكن أن يتعلمها الوالدين أو المعلمين من غير المتخصصين أو المهنيين ويمكنهم تطبيق تلك البرامج بعد التدريب عليها وهذا التدريب والإعداد لا يستغرق وقتاً طويلاً.

٢ - أنه أسلوب يمكن معرفة نتائجه بسهولة وقياس مدى تأثيره الإيجابى على سلوك الطفل بشكل عملى واضح ودون عناء ولا يتأثر ذلك بالعوامل

الشخصية أو اختلاف وجهات النظر التى غالباً ما تؤثر فى النتائج العلاجية الأخرى.

٣- يعتمد «تعديل السلوك» كنوع من أنواع «العلاج السلوكى» على قوانين ومسلمات العلاج السلوكى والنظرية السلوكية بشكل عام والتى لا تعير اهتماماً لأسباب الظاهرة، وإنما تهتم بالمشكلة مباشرة وتعمل على تلافى أعراضها. وهذا يتفق مع طبيعة مشكلة «التوحد أو الأوتيزم» والتى لم يُعرف بعد أسباباً محددة وقاطعة لحدوثها. وهناك اختلافات كثيرة بين المتخصصين حول أصل نشأتها.

٤- إن استخدام فنية «التعزيز» باتباع النظام الثابت للإثابة بهدف تكوين وحدات استجابية صغيرة متتالية يمكن من تشكيل سلوك الطفل وتعليمه سلوكاً جديداً لم يكن لديه من قبل، وهذا يزيد من مهارات التواصل والتفاعل لديه وخاصة أن هؤلاء الأطفال تنقصهم هذه المهارات بشدة، ويحتاجون إلى اكتساب مهارات كثيرة من أجل مساعدتهم على التواصل مع الآخرين.

٥- وأخيراً فإن الخبرات العلمية والتطبيقية تؤكد نجاح هذا الأسلوب العلاجى فى تعديل السلوك لدى هؤلاء الأطفال بشرط توفير جميع أركانه وتعليماته وتوفر الدقة فى تطبيقه والتدريب عليه من قبل الوالدين والمدربين والمعلمين الذين يقومون على رعاية الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم).

وتؤكد الدراسات على جدوى «العلاج السلوكى» فى علاج اضطراب التوحد لعدة عوامل أساسية أهمها:

- أنه يستخدم مفاهيم ومبادئ علم النفس التعليمى فى تعديل السلوك وإكساب الأطفال سلوكيات جديدة.

- أنه يوظف المعرفة الحديثة للعلوم الأخرى من أجل تصحيح مسار نمو الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم) من خلال برامج التدخل التدريبى والعلاجى.

- أنه يستخدم أساليب منهجية تقوم على توظيف الأنشطة التى يمارسها الأطفال فى اللعب والرسم والموسيقى وكذلك أنشطة الحياة اليومية العادية فى تنمية جوانب النمو لديهم وإكسابهم مهارات جديدة والتخلص من السلوكيات غير الملائمة.

وقد أظهرت نتائج دراسات عديدة نجاح العلاج السلوكى فى تحقيق أهدافه فى علاج الأطفال المصابين باضطراب التوحد، وأقره الباحثون والمتخصصون كأحد أهم أساليب علاج هؤلاء الأطفال بسبب قيامه على أسس منطقية مقبولة وما أحرزه من نتائج إيجابية عملية وتطبيقية أوضحت تحسين مسار النمو لدى الكثير من هؤلاء الأطفال وإكسابهم مهارات سلوكية شخصية واجتماعية فضلاً عن خفض سلوكياتهم غير المرغوبة.

ويحتاج أطفال التوحد (الأوتيزم) إلى التدريب على مهارات كثيرة حتى يمكنهم التعايش مع بيئاتهم المنزلية والاجتماعية والمهنية بشكل منتج يوفر لهم الاستقلالية والحياة الآمنة فى المستقبل. ومن أهم هذه المهارات:

مهارات الحياة اليومية وتشمل:

- العناية الشخصية [الاستحمام- تقليم الأظافر- تمشيط الشعر].
- العناية بالمنزل [تنظيم الغرفة- ترتيب المائدة- إعداد المائدة].
- إعداد الوجبات الخفيفة [ساندوتش- عصير- آداب المائدة وسلوك تناول الطعام].

ويتم التدريب على هذه المهارات باستخدام فنيات تعديل السلوك ومن أهمها فى هذا الصدد فنية «النمذجة» أو «التعلم بالنموذج»- وقد سبق توضيحها- وهى تعتمد على الملاحظة الموجهة، وتحليل المهارة وإكساب السلوك بطريقة مخططة ومقننة.

- مهارات اللعب المناسب للمرحلة العمرية.
- المهارات اللازمة للنمو الحركى.
- مهارات الحوار.
- مهارات المحافظة على الذات وتشمل [احتياطات الأمان، والانتباه، والحذر، وطلب المساعدة، وأساليب التعامل مع الأجهزة الكهربائية الموجودة بالمنزل، ومصادر الطاقة والمواقد والآلات الحادة وغيرها مما قد يشكل مصدر خطر على هؤلاء الأطفال].

ومن الجدير بالذكر أن معظم المهارات المذكورة يكتسبها الأطفال العاديون بالملاحظة والتقليد خلال التنشئة ومعايشتهم للكبار. لكن أطفال التوحد (الأوتيزم) تنقصهم القدرة على الملاحظة والتقليد التلقائى، ولذلك فلابد من تدريبهم وحثهم على الملاحظة للنموذج الصحيح لكل مهارة وتنمية دافعيتهم للتقليد.

(٣) العـلاج بـالفن Art therapy

ويقصد بالفن هنا أنشطة التربية الفنية مثل:

الرسم، والتلوين، والقص واللصق، وتشكيل الصلصال، وإكمال الصور المجسمة، وتركيب العرائس والمكعبات.. وغيرها.

ومن طبيعة أدوات التربية الفنية أنها تجذب انتباه أطفال التوحد (الأوتيزم) وتحفيزهم على مشاركة الآخرين. وأنها لا تحتاج إلى التواصل اللفظى كثيراً. لذلك فهى تصلح لإكساب هؤلاء الأطفال كثير من المهارات الأساسية التى يحتاجونها فى مرحلة ما قبل المدرسة. وفى هذا النوع من العلاج، يستخدم المعالج الأنشطة الفنية فى تنمية قدرات هؤلاء الأطفال على التواصل، وتقوية تفاعلاتهم مع بعضهم البعض ومع أفراد أسرهم.

ويقوم العلاج بالفن على الأنشطة الجماعية لدعم التواصل مع الآخرين، وتحقيق الأهداف العلاجية التى من أهمها التفاعل الاجتماعى، والانتباه لوجود الآخرين، والمحاكاة، والتعميم، والتوافق الحركى، وكذلك التوافق الحسى الحركى.

ومن شأن الأنشطة الجماعية أن توفر مجالات للمناقشة بين والدى الطفل وأقاربهم من جهة، ومن جهة أخرى بينهم وبين الطفل التوحدى من أجل فهم طرق التعامل معه وأفضلها بالنسبة له.

وتبرز أهمية العلاج بالفن فى أن المعالج يستغل الأدوات والأنشطة الفنية لجذب انتباه الأطفال المصابين بالتوحد (الأوتيزم) اعتماداً على إمكاناتهم البصرية- المكانية التى هى بكل تأكيد أعلى من إمكاناتهم اللفظية/ الكلامية.

ومن أهداف العلاج بالفن تنمية المهارات اللازمة لفهم العالم المحيط بالأطفال والتفاعل معه، وكذلك تنمية المهارات الأساسية الأكاديمية لتأهيلهم لدخول المدرسة.

(٤) العلاج بالموسيقى Music Therapy

فيه تستخدم الموسيقى بأنواعها كعلاج مكمل لأنواع العلاج الطبى والنفسى والبيئى، ويجب أن يقوم به معالج متخصص، ومتدرب على هذا النوع من العلاج حيث يقوم بإعداد برنامج يتوفر فيه تنوعاً من خبرات الاستماع والمشاركة تلائم حاجات الأفراد الذين يتعرضون لهذا العلاج وهذه الخبرات تمثل فرصاً للتواصل غير اللفظى، ويتيح للأفراد المشاركين الاسترخاء والاستمتاع والتعبير عن انفعالاتهم بعيداً عن الخوف من التهديد أو عدم التقبل.

وقد اتبع هذا الأسلوب فى علاج الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم) عبر جلسات يومية يستمع فيها الأطفال إلى مقطوعات موسيقية أعدت خصيصاً لهذا الغرض، وبعد فترة من الجلسات المتواصلة والمكثفة لا تقل عن شهرين، لوحظ انخفاض السلوكيات غير التكيفية لدى هؤلاء الأطفال.

والعلاج بالموسيقى ليس جديداً فى مجال ذوى الحاجات الخاصة. وقد أكدت الدراسات نجاحه فى كثير من الحالات.

لكن الأمر يحتاج إلى مزيد من الدراسات لاستخدام هذا النوع من العلاج مع أطفال التوحد (الأوتيزم). ويستند العلاج بالموسيقى لأطفال التوحد على عدة أركان هى:

١- أن أطفال التوحد (الأوتيزم) يعانون من قصور شديد فى التواصل.

٢- أن أطفال التوحد (الأوتيزم) يعانون من الفشل فى البدء بالتفاعل مع الآخرين، ونقص قدراتهم على التعبير اللفظى.

٣- وضعف إدراكهم بالتوقيت الزمنى لبدء التفاعل.

٤- أن الموسيقى تعتبر من أفضل أدوات التواصل لأنها لا تحتاج إلى تعبيرات لفظية.

٥- وأنها تسهل بدء التفاعل بين الطفل التوحدى والآخرين.

٦- أن أطفال التوحد يحبون الموسيقى ويتجاوبون مع نغماتها.

لذلك نوصى باستخدام الموسيقى فى علاج هؤلاء الأطفال فعن طريق بدء الإيقاعات يمكن تحفيز الطفل ليدرك بداية التفاعل، ومع التكرار يزيد انتباهه للتواصل مع الآخرين، ويتغلب على قصوره الأساسى فى إدراك بداية التفاعل بينه وبين الآخر.

ويساهم العلاج بالموسيقى فى إيجاد أرضية مشتركة للتواصل بدون استخدام الألفاظ. وإذا كان ذلك هاماً بالنسبة للأطفال العاديين للنمو الاجتماعى قبل أن يكونوا قادرين على النطق بالألفاظ إلا أنهم قادرون على التواصل من خلال تعبيرات الوجه وإيماءات الرأس وحركات الجسد. إلا أن الموسيقى أكثر أهمية لأطفال التوحد (الأوتيزم) لأنهم غير قادرين على كل ذلك، فتصبح الموسيقى وكأنها لغة تواصلية بديلة لهؤلاء الأطفال لبدء الحوار وتحقيق التواصل.

ويؤدى العلاج بالموسيقى إلى تحسين إدراك الطفل وزيادة قدرته على الانتباه ومن ثم يمكن انتظامه فى برامج «العلاج اللغوى» لتحسين لغته وتنميتها.

كما أن العلاج بالموسيقى ينمى لدى الطفل الإحساس بوجود الآخر ومن ثم تنمو علاقاته الاجتماعية من خلال الحوارات الموسيقية المشتركة.

ويسهم العلاج بالموسيقى فى نجاح برامج «العلاج باللعب» حيث يفتقد طفل التوحد لوسائل التواصل التى يملكها الطفل العادى للّعب مع أقرانه فتنمو لغته ويزداد تفاعله. لذلك فإن الموسيقى تعمل على تعويض طفل التوحد عن هذه الوسائل وذلك عن طريق «التفاعل الموسيقى» الذي هو منهج العلاج بالموسيقى لأطفال التوحد، فيتحول اللعب النمطى لهؤلاء الأطفال إلى لعب نشيط وتفاعلى، وتنجح برامج «العلاج باللعب» أو «اللعب العلاجى» فى تحقيق أهدافها التى من أهمها:

- تنبيه الطفل إلى بداية التفاعل الاجتماعى.

- تهيئة الطفل لتوقع تواجده مع الآخر.

- تحقيق التواصل وتنمية التفاعل.

- تنمية اللغة، وتهيئة الطفل لتلقى برامج التخاطب والتواصل اللفظى.

- ولكى ينجح برنامج العلاج بالموسيقى فى تحقيق أهدافه مع أطفال التوحد (الأوتيزم) يجب الاهتمام بما يلى:

- تقديم الدعم من جانب المعالج للطفل أثناء التفاعل والمواقف التشاركية مع الآخر.

- تدريب القائمين على رعاية الطفل بالمنزل على استمرار التواصل مع الطفل، وتدعيمه كلما حقق تقدماً فى التواصل.

- استخدام الموسيقى التى يفضلها الطفل لتوجيه نشاطه، وتحسين سلوكياته بدلاً من ألفاظ التأنيب والتهديد عندما يأتى الطفل بسلوك غير مرغوب. وذلك عن طريق الإيقاع والصوت المنخفض عندما يأتى الطفل بسلوك مرغوب ثم التوقف تماماً أو الصوت العالى عندما يحدث من الطفل سلوك غير مرغوب.

ويمكن أن تصاحب الموسيقى ببعض الأغانى أو الأناشيد البسيطة ذات الكلمات القصيرة والواضحة بحيث تسمح للطفل بالمتابعة السمعية والتقليد أو محاولة النطق ببعض كلمات الأغنية أو النشيد.

(٥) العـلاج بالعمـل Occupational Therapy

من أحـد العلاجـات الهـامة للأطفـال من ذوى الاحـتيـاجـات الخاصـة من أجل مساعـدتهم على تخطى إعاقاتهم والانشغال بأعـمال يحبونها ويقـدرون على تحقيق النجاح فيها، ومن ثم تتحقق لهم الثـقة بالنفس فيقبلون على برامج التدريب والتعليم المُعدة من أجلهم ويقل انشغالهم بإعاقاتهم وعجزهم.

وإذا كان العـلاج بالعمل هام لجميع الأطفال فإنه أكثـر أهمية للأطفـال المصابين باضطراب التوحـد (الأوتيزم) لأن هؤلاء يعانون من صعوبة شـديدة فى التواصل مع الآخرين والارتبـاط بهم، ويصعب عـليهم ممارسة الألـعاب مع أقرانهم مـن الأطفال العاديين أو تقليدهم. فيـبقى كثير منهم غير مرتبطين بالآخرين، وتتصف سلوكياتهم بالجمود والآلية.

ويؤكد الباحثون والمتخصصون فى هذا المجال، أن مـشكلات التواصل والارتباط بالآخرين ترجع إلى صـعوبة إدراك هؤلاء الأطفال للإيمـاءات والتعبيـرات الصادرة عن الآخرين، فيـفشلون فى استقـبالها، كما أنهم عـاجزون عن التوجه نحـو المثيرات الاجتمـاعـية من حـولهم، ولا يسـتطيعـون تلقى الإشـارات البـصرية الصـادرة من الآخرين أو محاكـاتهم، ومن ثم فإنهم ينشغلون بأداء حركات ذاتيـة لا جدوى منها، مثل: الهـزهزة والرفرفة بالأيدى، أو الدوران فى نفس المكان غـير واعين بالأشـياء أو الأشخاص من حولهم.

ويهدف العلاج بالعمل لأطفال التوحد (الأوتيزم) إلى ما يلى:

- تقديم مثيرات خارجية تنبه إحساسهم وإدراكهم بما حولهم.
- تحويل انشغالهم بالأشـياء العشوائية والذاتية إلى الانشغـال بأنشطة تفيدهم فى التفاعل مع الآخرين، ومن ثم تنمية قدراتهم على التواصل.
- إعدادهم لتلقى برامج التعليم والتدريب.

- تحقيق التكامل الحسى [السمع والبصر واللمس.. إلخ].

- تحقيق التآزر الحسى الحركى.

- خفض السلوكيات النمطية والعشوائية.

- عندما يتحقق التكامل الحسى وكذلك التآزر الحسى- الحركى فإنه من المؤكد أن يزداد معدل الانتباه والتركيز لدى هؤلاء الأطفال. وقد ينجحون فى إدراك تعبيرات الآخرين وإشاراتهم فيقوى التواصل والترابط بينهم، وينمو التفاعل الاجتماعى الذى يُعتبر حجر الزاوية فى تحقيق النضج الاجتماعى والمعرفى.

ويقوم العلاج بالعمل على عدة عوامل ينبغى توفيرها لكى تتحقق الأهداف المرجوة من هذا النوع من العلاج ومن أهم هذه العوامل:

-تدريب الوالدين أو الأخوة الكبار على كيفية فهم سلوك الأطفال وملاحظتهم أثناء اللعب التلقائى وتسجيل تلك الملاحظات.

- تعديل الظروف البيئية المحيطة بالأطفال لكى تلائم احتياجاتهم الحسية، ومساعدتهم على استخدام حواسهم بطرق صحيحة.

- تنظيم الاستجابات الحسية للأطفال ليشملها تكامل حسى يتيح لهم زيادة الانتباه والتركيز.

- أن يبدأ العلاج بطريقة فردية، فمن خلال التعامل الفردى يندمج الطفل فى لعبة ما حتى ينشغل بها، ويمكنه الاستمرار فيها حتى يتمم مهارة معينة وفق مستواه المعرفى.

- يجب قياس مستوى تفاعل الطفل مع الأشياء، ومدى انشغاله بها وقدرته على الاستمرار فى لعبة مهارية معينة وذلك خلال مراحل العلاج المختلفة.

- بعد اندماج الطفل مع آخرين ينبغى تشجيعه على التفاعل معهم، وإبراز إمكاناته وقدراته أثناء الجلسات الفردية أمامهم وذلك بالنسبة لكل طفل فى

المجموعـة العلاجية. فمن شأن ذلك تدعـيم ثقة الطفل بنفسه وبقدراته (مـهما كانت بسيطة).

- يجب مـساعـدة الطفل على اختـيار «العـمل» الذى يناسـبه من حـيث المرحلة العمرية والعـمر العقلى وقد يكون دمية أو لعـبة أو نشاط فنى (رسم- تلوين- ترتيب مكعبات... إلخ).

- على المعالج أن يساعد كل طفل فى التعامـل الصحيح مع النشاط أو اللعبة التى إختارها، وكلما أدى حركـة صحيحة فى هذا التعامل يشجـعه لكى يستمر فى التعامل الصحيح مع الأشياء.

- يجب تجاهل السلـوكيات غير الهادفـة مثل [البحلقـة- تجوال- دوران.. إلخ] التى تصـدر من الطفل، وتشجـيعـه على تكرار السلوكيـات المطلوبة لإكـمال العمل الذى بدأه حتى نهايته.

- يجب توفير البيئة الهادئة والآمنة للطفل. وذلك بأن يخلو مكان العلاج بالعمل من الفوضى والصـخب والمثيرات المنفرة للطـفل. لذا يُفضل أن يتم هذا النوع من العلاج فى مركز خاص لرعاية وتدريب وتأهيل أطفال التوحد (الأوتيزم).

- أن يتم عقد جلسـات لأسر الأطفال لتبادل الحوار مع المعالجـين، والتعرف على ملاحظاتهم على أطفـالهم خلال تواجدهم بالمنزل وما إذا كـان انخراط الطفل فى مجموعة العلاج بالعمل قـد أحدث تغيراً فى سلوكه مع الوالدين والأخوة أو مع لعبه والأشـياء الأخرى بالمنزل، ومدى هذا التغيـر، وما إذا كانت لديهم مشكلات فى التعامل مع أطفالهم.

- وأخيراً يجب أن يستـمر العلاج بالعمل لأطفال التوحـد (الأوتيزم) مدة لا تقل عن عـشرين شـهراً، وأن تكون الجلسـات يومياً وتتراوح مـدة الجلسة مـا بين (٢٠) إلى (٣٠) دقيقة. ويراعى اختيار التوقيت الملائم للطفل.

(٦) العلاج البيئى Environmental Therapy

يعتمد هذا النوع من العلاج على تنظيم بيئة الطفل، وهذا يشمل تحديد احتياجاته الشخصية، ونشاطاته اليومية، وتحديد قدرات الطفل، وإدراكه، ومستوى هذا الإدراك، ومستوى كلماته ولغته، والأشخاص المحيطين به الموجودين معه فى المحيط اليومى له.

ويقوم العلاج البيئى على إعداد برامج تعتمد على الجانب الاجتماعي للطفل وتشجيع الأسرة والأخوة الكبار على إقامة علاقات شخصية مع الطفل وحثهم له عن طريق التدعيم والمكافأة على تبادل التفاعل معهم من أجل تنمية مهارات التواصل الاجتماعى لديه. وذلك لأن الطفل التوحدى يتسم بنقص فى التفاعل والتواصل.

وتبعاً لهذا النوع من العلاج يجب أن تتكامل كل النشاطات اليومية للطفل وإيجاد تعاون ومشاركات بين كل المتعاملين معه وفق تخطيط سليم يتضمن المهارات والأنشطة التى يجب أن يتعلمها الطفل من خلال سلوكياته اليومية واحتياجاته الحقيقية فى بيئته ومحيطه الاجتماعى.

ويتم ذلك عن طريق وضع جداول توضح هذه الأنشطة ومواعيدها حسب جدول زمنى ينظم وقت الطفل بحيث يكون هناك وقت محدد لكل نشاط. وتستخدم الصور الملونة، والمجسمات لتوضيح أشكال الأنشطة المختلفة وأوقاتها وأماكنها.

مثال ذلك: أن يعلق طبق وملعقة فى مكان الطعام لمعرفة مكان الطعام، وبجانبه رقم مجسم للوقت ليبين وقت الطعام.

مثال آخر: يمكن تعليق صورة للمرحاض على باب دورة المياه ليرمز إلى التدريب على دخول دورة المياه. كما يمكن استخدام الصور الفوتوغرافية للأشياء أو الأشخاص وهم يفعلون السلوكيات المطلوبة أو للدلالة على الحاجة إلى المساعدة وطلبها.

وتوجد نماذج علاجية أخرى للعلاج البيئى تعتمد على تقييد الإثارة البيئية، وتعرف باسم النظرية التطبيقية للعلاج القائم على تحديد الاستثارة البيئية (REST) Restricted Environmental Stimulatione Therapy

وفكرة هذه النظرية انبثقت عما هو معروف عن الطفل المصاب باضطراب التوحد (الأوتيزم) من ردود أفعال غير طبيعية عند تعرضه للمثيرات البيئية بحيث نواجه من هذا الطفل دائماً تفاعلات غير ملائمة لما يتعرض له من مثيرات. وهذا يعنى وجود خلل وظيفى لدى هذا الطفل ينتج عنه عدم القدرة على التلاؤم مع البيئة ومثيراتها. بالإضافة إلى أن تفاعلاته مع الآخرين محدودة.

وتؤكد نتائج الدراسات التى أجريت استناداً إلى هذه النظرية، أن تعرض الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم) إلى مثيرات معتدلة ومحددة قد أدى إلى خفض أعراض ذلك الاضطراب لديهم وبخاصة: التوتر، والقصور الشديد فى التواصل، وصعوبات النطق، والسلوكيات النمطية والشاذة.

وتعتبر البيئات التطبيقية المنظمة من أكثر البيئات إيجابية فى تعليم أطفال التوحد (الأوتيزم) العديد من المهارات الاجتماعية من خلال برامج تدريبية سلوكية تتيح الفرصة لكل طفل فرصة المشاركة السلوكية البدنية واللفظية.

ويرجع نجاح هذه البرامج إلى عدة عوامل أهمها:

- دمج الأطفال المصابين بالاضطراب مع غيرهم من العاديين فى مشاركات فعالة وإيجابية.

- الاعتراف الحقيقى بهؤلاء الأطفال من جانب المجتمع ومن جانب أقرانهم العاديين من خلال الأدوار المشتركة التى يُطلب منهم أدائها خلال النشاط الجماعى فى هذه البرامج.

- دعم الثقة بالنفس وتنمية مفهوم الذات لدى أطفال التوحد (الأوتيزم) لأن تقبلهم من جماعة الأقران يعزز نموهم النفسي ويزيد من إقبالهم على المشاركة والتفاعل الاجتماعى داخل البيئة التى يعيشون فيها.

أن البيئات التدريبية المنظمة تسهل عمليات التفاعل والتواصل بين جميع الأطفال المشتركين فى التدريب سواء كانوا عاديين أو معوقين، ومن ثم يصبح الدمج بينهم فى الحياة اليومية عملية طبيعية مما يجعل الدمج بينهم فى المدارس ممكناً، ويقضى على الصعوبات التى تواجه محاولات الدمج بين العاديين وغيرهم من الأطفال المصابين باضطرابات أو بإعاقات. تلك المحاولات التى ينادى بها معظم المتخصصين فى مجال التربية الخاصة.

وتشير نتائج الدراسات إلى أن هذه البيئات تساعد على تنمية مهارات الأطفال من خلال تفاعلهم، وتعطى لهم الفرصة لاكتساب مهارات جديدة وممارستها، مما يساعد فى تحسين سلوكياتهم داخل بيئاتهم الطبيعية وتغيير أنماط حياتهم اليومية إلى الأفضل وبخاصة لدى الأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة.

وبالنسبة للأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم)، يؤكد الباحثون والمتخصصون فى تعليمهم وتدريبهم على ضرورة تغيير ظروف البيئة المحيطة بهم وجعلها محببة إليهم وواضحة ومفهومة لهم بحيث يسهل عليهم توقع الخطوات التى ستحدث لهم خلال أوقاتهم العادية فهذا من شأنه أن يجعل يومهم واضحاً لهم فيتعرفون على السلوكيات المطلوبة منهم فى صورة استجابات قصيرة بسيطة وسهلة. كما يوصون بعدم وضع هؤلاء الأطفال فى مواقف محيرة أو صعبة.

وتؤكد نتائج الدراسات على أن العلاج البيئى باتباع هذه الأساليب يقلل الكثير من المشكلات السلوكية لدى هؤلاء الأطفال ويزيد من ثقتهم بأنفسهم وقدراتهم ويشجعهم على الاعتماد على النفس فى شئونهم اليومية العادية وتقليل التشتت البصرى والسمعى وذلك عبر التنظيم المحسوب للبيئة المحيطة بالطفل.

كما أن تطوير أماكن وأوضاع وأشكال التدريب والتعلم ثم تعزيز نتائج السلوك الصادر من الطفل عندما يكون صحيحاً يساعده على معرفة وفهم السبب والنتيجة بطريقة محسوسة وملموسة، ويسهم فى خفض السلوكيات النمطية والحركات غير الهادفة.

(٧) العلاج باللعب Play Therapy

يُعد اللعب جزء هام فى حياة الأطفال بصفة عامة، وذوى الاحتياجات الخاصة بصفة خاصة لأنه ينمى لديهم الإدراك بالأشياء وبالأشخاص من حولهم، كما يساعدهم على النمو الاجتماعى والنفسى، والحسى والحركى.

ومن خلال اللعب يمكن تعليم الطفل سلوكيات إيجابية كثيرة مثل: التعاون والتفاعل مع الآخرين، وتنظيم الوقت، وضبط الانفعالات. كما يمكن للطفل عن طريق اللعب معرفة قوانين المجتمع والبيئة التى يعيش فيها واكتساب سلوكيات ومهارات اجتماعية ومعرفية عديدة. وبذلك يمكن القول بأن اللعب ليس فقط للتسلية والمتعة والبهجة والسرور للطفل بل يهدف أيضاً إلى تحسين نموه البدنى والانفعالى والاجتماعى والمعرفى أيضاً، فهو وسيلة الطفل لاكتشاف العالم من حوله، ووسيلته فى تطوير تفكيره ولغته ووجدانه وعلاقاته بالآخرين من خلال مواقف اللعب المختلفة وإذا كان ما تقدم يؤيد احتياج الأطفال للعب، فإن الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ومنهم أطفال التوحد (الأوتيزم) أكثر احتياجاً إلى اللعب على الرغم من أن طبيعة اللعب لدى هؤلاء الأطفال يبدو بلا معنى ولا موضوع ويغلب على لعبهم الحركات المتكررة والنمطية، إلا أن الدراسات تؤكد أن اللعب إذا تم تطويره وتنميته وتوجيهه فى العلاج يمكن أن يُحدث تحولاً كبيراً فى حياة هؤلاء الأطفال حيث يركز المعالج على إخراج الطفل من التقوقع داخل ذاته إلى محاولة الاتصال والتواصل مع مثيرات البيئة الخارجية. ويشترط لنجاح هذا النوع من العلاج ألا يجبر الطفل على ألعاب لا يحبها، وأن نحافظ على تلقائيته فى الاختيار، وألا نقلل من قيمة ما يختاره من ألعاب مهما كانت بسيطة.

وتشير الدراسات إلى أن أطفال التوحد (الأوتيزم) ينخطرون من تلقاء أنفسهم فى اللعب، ومن خلاله يعبرون عن أنفسهم ويتواصلون مع عالمهم المحدود. وبالرغم من أن كثير من لعبهم طقوس ويتسم بالتكرار والبساطة الشديدة التى لا تتناسب مع

أعمارهم الزمنية (ربما ظل الطفل منهم متمسك بلعبة واحدة لساعات طويلة)، إلا أن اللعب- مع ذلك- هو وسيلتهم فى التعبير عن أنفسهم فهو لغتهم، وكل قطعة من لعبهم تحمل رسالة غير لفظية، تحمل معنى بداخل الطفل لا يستطيع التعبير عنها.

ويستطيع المعالج النفسى باللعب أن يكشف عن مكنونات الأطفال من خلال اختياراتهم للألعاب المختلفة، ومن طريقة الطفل فى استخدام الدمية- بدون تدخل الآخرين- ويتعرف على الأهداف والرغبات الداخلية لهؤلاء الأطفال.

ويمكن للمعالج أيضاً أن يفهم العلاقات بين ارتباط الطفل بعنصر ما من عناصر اللعبة وبين الإيقاع الداخلى لهذا الطفل، ذلك لأن طريقة الطفل أثناء اللعب تعبر عن انفعالاته الداخلية. ومن خلال العلاج باللعب يمكن اكتشاف قدرات كامنة لدى أطفال التوحد (الأوتيزم) وتنميتها، وإكسابهم مهارات اللعب الأخرى التى يفتقدونهاوذلك عبر تفاعلهم مع الأشياء والأشخاص وهذا من شأنه تقوية سلوكيات إيجابية كثيرة، وفى نفس الوقت يخلصهم من العديد من السلوكيات غير المرغوبة والتى تعوق تفاعلهم وتواصلهم مع الآخرين مما يزيد من فرص النمو الاجتماعى والانفعالى أيضاً.

وتؤكد نتائج الدراسات التى أجريت حديثاً على وجود بعض مهارات اللعب التخيلى (الإيهامى) عند أطفال التوحد (الأوتيزم) لكنها كامنة بداخلهم ولم يُظهرها إلا العلاج باللعب أثناء اللعب، وقد تم تنمية هذه المهارات، فهى تقوى إدراك الطفل بالزمان والمكان والأشياء.. ومن ثم تنمية القدرات المعرفية لديه.

ومن الجدير بالذكر أن اللعب الإيهامى أو التخيلى يعتبر من القدرات العقلية التى تظهر تلقائياً فى سلوك الأطفال العاديين فى مرحلة الطفولة المبكرة من ٣- ٦ سنوات، وتلاحظ سلوكيات كثيرة يقوم الأطفال فى هذه السن بها مثل: ركوب الولد على عصا وهو يتخيلها حصاناً، وحمل البنت لبعض الدُمى وهى تلفها بالقماش كأنها طفلة رضيعة. وتظهر أيضاً فى سلوكيات لفظية مثل تخيل قصة قصيرة وحكايتها للكبار كأنها وقعت بالفعل وهى من نسج خياله.

وقد يمسك الطفل بإبريق الشاى- وهو خالى وبارد تماماً- ويتخيل أنه مملوء بالشاى الساخن وهو يضع فى الكوب ويأتى ببعض الحركات والألفاظ ليوحى للآخرين أنه يصب الشاى وهكذا..

ويتضح من هذه السلوكيات وغيرها أن الطفل يدرك استخدامات الأشياء والعلاقة بينها، كما يدرك أدوار بعض الأشخاص ويحاول تقليدها كما فى حالة حمل الطفلة لدميتها وكأنها تقوم بدور الأم التى تعتنى بطفلتها وكل هذه قدرات عقلية تنم عن النمو العقلى فى هذه المرحلة المبكرة من عمر الطفل العادى.

لكن الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة مثل المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم). لا تُلاحظ عليهم هذه السلوكيات لكنها ليست منعدمة لديهم كما كان يُعتقد فى السابق. فهى من القدرات الكامنة التى تحتاج إلى من يُظهرها وينميها، وقد لا تظهر إلا بعد جهد ووقت ليس قصير. والمعالج الفطن وذو الخبرة يستطيع إظهار هذه القدرات عن طريق اللعب المحبب لهؤلاء الأطفال وتنميتها من أجل تنمية قدراتهم العقلية والمعرفية والاجتماعية أيضاً. لكن الأمر يحتاج إلى الصبر والمثابرة، ومزيد من التدريب حتى تظهر شيئاً فشيئاً.

ويوصي المتخصصون فى هذا المجال أن يكون العلاج باللعب لأطفال التوحد من خلال المجموعات Group Play Therapy وذلك من أجل تحقيق التفاعل والمنافسة بينهم مما يزيد من فرص ظهور قدرات اللعب التخيلى (الإيهامى) ويساعدهم على نمو اللغة والحوار اللفظى وغير اللفظى عن طريق التقليد والملاحظة التى تتم بين الأطفال عندما يتواجدون فى نشاط واحد، وتشجيع المعالج لهم على ذلك.

والعلاج الجماعى باللعب لا يعنى الاستغناء عن اللعب الفردى، فإن المعالج ليحتاج للعديد من الجلسات العلاجية الفردية لكى يحفز الطفل على الانتباه المتواصل مع عناصر اللعب، وليس ذلك فحسب بل أيضاً ليعرف اللغة الأساسية لكل طفل على حدة والأسلوب الذى يعبر به عن هذه اللغة أثناء اللعب. وفى

الجلسات الفردية، على المعالج أن يكون صبوراً وينتظر حتى يبدى الطفل استعداده لمشاركته فى اللعب.

ومن الضرورى اختيار مجموعة الآلعاب التى ستستخدم فى العلاج حسب سلوك الطفل واختياراته وتفضيلاته الخاصة به، ومدى تكيفه مع الأنواع المختلفة للعب، وكذلك المستوى العقلى والمعرفى الذى وصل إليه. ويجب أن تساهم اللعبة فى تطوير جانب من جوانب نمو الطفل، ومن الأمثلة التطبيقية على ذلك:

ألعاب ذات أثر فعال على العضلات الكبيرة مثل:

- قذف الكرة.
- التسلق.
- السباحة.
- المشى، والعدو.
- الجرى والركض.
- شد الحَبْل.

العاب تفيد فى تقوية وتنمية العضلات الدقيقة مثل:

- الرسم والتلوين.
- تشكيل الصلصال.
- القص واللصق.
- الفك والتركيب [المكعبات الصغيرة أو الميكانو].

ألعاب لتنمية المهارات الاجتماعية مثل:

- المجسمات.
- الحكايات والقصص المصورة.

- الحوارات على الهاتف.

- بطاقات التعارف الملونة.

وقد اتفق جميع المتخصصين والتربويين على أهمية اللعب فى التطور النفسى والنمو الحركى للأطفال.

وتتضح قيمة اللعب فى النمو للطفل، فهو يسمح للأطفال بالتعبير عن انفعالاتهم السلبية التى ترجع إلى المواقف التى لا يكون لديهم الفرصة لإظهارها فى حياتهم اليومية، وحيث يكون سياق اللعب فى التعبير عن تلك الانفعالات آمناً، بالإضافة إلى أن اللعب قد يكون وسيلة للتعبير عن الدوافع وإخراج الطاقة الزائدة وفى نفس الوقت تجديداً للنشاط.

واللعب يساعد على التواصل وتطوير هذا التواصل واستمراره. كما أن اللعب يشجع الخيال عند الأطفال بما يستحثه من متعة التصور، وهذا ما يدفع الكثير من الأطفال إلى اللعب الإيهامى أو الخيالى من خلال استبدالهم للأشياء والحركات وهذا يدل على أهمية اللعب فى تطور التصورات العقلية للأطفال وتنمية التفكير المجرد.

وقد اتضحت أهمية أخرى للعب فهو يساعد فى تعديل سلوك الأطفال وتعليمهم السلوكيات الصحيحة.

ويؤكد الباحثون فى هذا المجال على أن اللعب يُكسب الطفل مهارات بدنية واجتماعية تعزز ثقته بنفسه وتزيد من تقديره لذاته، ويتيح للطفل فرصة لحل مشكلاته من خلال أنشطة مرحة ومحببة له.

وعن طريق اللعب يمكن معرفة مراحل التطور الإدراكى للطفل والتى توضح مدى النمو العقلى والفكرى فى بعض مراحل النمو عند الطفل. ففى بداية النمو يكون اللعب أدائى أو عملى ويغلب عليه التكرارية، ثم يتطور فيكون اللعب التظاهرى ثم التخيلى والرمزى خلال مرحلة الطفولة المبكرة من حياة الطفل ويلى ذلك فى مرحلة أكثر تقدماً اللعب المنظم بناءً على قوانين خاصة للعبة والتى قد تكون

فردية أو جماعية ومن خلال أنشطة اللعب يمكن إضافة الجديد إلى ما يعرفه الطفل. وبذلك يساهم اللعب فى النمو العقلى للطفل.

واللعب هو النشاط الرئيسى فى مرحلة الطفولة المبكرة حيث يساعد على التطور الإدراكى والحسى والاجتماعى للطفل. ويمكن عن طريق اللعب تنمية الإدراك والذاكرة والانتباه والتصور. كما يمكن الارتقاء بخيال الطفل وتصوراته إلى التفكير اللفظى والمجرد.

واللعب بجميع أشكاله يمكن استخدامه لتحسين سلوكيات أطفال التوحد (الأوتيزم)، وتدعيم إحساسهم بالوجود، وتحسين الحالة النفسية لهم من خلال الاهتمام بهم وتقديرهم.

وتشير نتائج العديد من الدراسات إلى أن اللعب ينمى لدى أطفال التوحد (الأوتيزم) كثير من المهارات مثل مهارات الانتباه المترابط، ومهارات التواصل اللفظى وغير اللفظى، ومهارات شخصية واجتماعية، والتخيل، والتقليد والمحاكاة.

وعن طريق اللعب يمكن تعليم أطفال التوحد (الأوتيزم) مهارات الحياة اليومية، ومهارات مساعدة الذات، ومهارات اللغة، ومهارات لعب الدور.

ومن خلال اللعى يكتسب الطفل القدرة على الاستمرار والمثابرة، كما يتعلم طرقاً للتفكير والتعبير. ومن أجل تحقيق فوائد اللعب يقوم المتخصصون بوضع مناهج متعددة تستخدم فيها أنشطة مقننة ومنظمة تراعى القدرات الخاصة للأطفال وتعالج مشكلاتهم من خلال عدد من الأساليب والفنيات مثل:

- اللعب الاجتماعى الدرامى.
- القصص الاجتماعية.
- الأنشطة المصورة.
- قصص الأطفال المصورة.
- اللعب المشترك بين أطفال التوحد وأطفال عاديين.

- لعب الدور.

- النمذجة.

- الكورال (الأناشيد الجماعية).

ومن خلال تلك الأنشطة يمكن أن تتحقق عدة مزايا لأطفال التوحد (الأوتيزم) على النحو التالى:

فوائد أنشطة اللعب لأطفال التوحد (الأوتيزم)

١- فهم سلوك الطفل والعمل على تعديله وتحسينه.

٢- التحول من اللعب الطقوسى أو النمطى إلى اللعب التلقائى.

٣- مساعدة الطفل على تعميم ما تعلمه من مهارات اللعب فى مواقف الحياة اليومية.

٤- تطور مهارات اللعب والارتقاء بها لتصبح ذات قيمة ومناسبة للمرحلة العمرية التى يمر بها الطفل. لأن طفل التوحد (الأوتيزم) تكون مهارات اللعب لديه محدودة وناقصة.

٥- خفض مستوى القلق لدى أطفال التوحد (الأوتيزم).

٦- تنمية المهارات البدنية والاجتماعية لدى الأطفال.

٧- اللعب يتيح أفضل الفرص للأطفال لحل كثير من مشكلاتهم خلال أنشطة مرحة يحبها الأطفال.

٨- يمكن عن طريق اللعب دمج الأنشطة البيئية والعقلية والاجتماعية.

٩- عندما يتحسن أداء الطفل فى مهارات اللعب يشعر بالتفوق فتزداد دافعيته للأداء الصحيح فى مهارات التدريب الأخرى.

١٠- ولكى تتحقق مزايا اللعب على النحو المذكور يجب أن تشتمل كافة أشكال

الألعاب المقدمة لأطفال التوحد (الأوتيزم) على مهارات لتنمية القدرات الضعيفة والقاصرة لدى هؤلاء الأطفال مثل:

- القدرة على الانتباه.
- القدرة على التركيز.
- القدرة على الانتباه المترابط (المشترك)، والمتواصل.
- القدرة على التواصل.
- القدرة على التفاعل.

١١- مساعدة الطفل على خدمة النفس والاعتماد على النفس فى المهارات البسيطة والخاصة بالعناية الشخصية.

١٢- التدريب على طلب المساعدة من الكبار عند الحاجة لذلك.

١٣- تعلم مهارات الحياة اليومية ومشاركة الآخرين فى أدائها.

١٤- تعلم المبادءة فى النشاط وبدء السلوك.

١٥- التدريب على فهم الإشارات والتلميحات واستخدامها فى التواصل غير اللفظى.

١٦- التدريب على تقبل الآخر الكبير ومشاركته فى اللعبة المحببة للطفل وإن تغير هذا الآخر [الأب- الأم- الأخوة- المدرب- المعلم- الإخصائى.. إلخ].

١٧- تحسين المهارات الإدراكية واللغوية لدى الطفل.

١٨- تنمية المفردات اللغوية لدى الطفل.

١٩- عندما تكون أنشطة اللعب محببة للطفل تدعو لبهجته ومن ثم ينمو لديه توقع السعادة والمتعة من انخراطه فى هذه الأنشطة وتزداد دافعيته للإقبال عليها.

٢٠- تنمية القدرة على الاستجابات اللفظية الملائمة للموقف.

٢١- تنمية القدرة على الاستجابات اللفظية التلقائية.

٢٢- التقليل من السلوكيات غير الملائمة والنمطية.

ومع تقدم نمو الطفل وتغير مرحلته العمرية يجب أن تتغير المهارات والأنشطة وتتنوع بحيث تتناسب والمرحلة التى يمر بها ومع تزايد نموه وتقدمه وتطور قدراته. ويجب ألا يقتصر اللعب الهادف على تدريبات الإخصائيين والمعالجين فى المراكز المتخصصة بل يجب أن يمتد إلى الحضانة والمدرسة والأسرة أيضاً.

(٨) العلاج اللغوى: Language Therapy

يحتاج لهذا النوع من العلاج الأطفال الذين يتأخرون فى النطق واكتساب اللغة، ومن يعانون من صعوبة فى النطق، أو عدم القدرة على التعبير اللفظى، والقصور فى استخدام الكلمات والمفردات اللغوية بطريقة سليمة، وكذلك من لديهم نقص فى القدرة على المشاركة فى الحديث، وصعوبة الحوار أو التعبير عن النفس.

ويقوم بالعلاج اللغوى إخصائيون فى التخاطب وعلم النفس والصحة النفسية. ويُستخدم فيه فنيات تعديل السلوك، لتعليم الطفل طرق استعمال الكلمات للتعبير عن معنى معين فى مواقف معينة، كما يستخدم طرق التعلم، لتعليم الطفل النطق الصحيح للحروف والكلمات وتكوين الجُمل.

ويستعين المعالج اللغوى بالتقنيات الحديثة للُّغة المنطوقة، ولغةالإشارة، وأدوات الحوار والتواصل وتشمل البطاقات الملونة المصورة والمكتوبة، وشرائط الكاسيت والفيديو التى تحمل حوارات مسموعة ومرئية لأشخاص ودودين للطفل. كما يستخدم الصور التعبيرية التى توضح استخدامات الأشياء، والعلاقة بين ما يستخدمه الطفل من أدوات فى حياته اليومية. وصور الأشخاص المقربين للطفل مثل الوالدين والأخوة والمعلمين والمعالجين وأسمائهم.

ويقوم المعالج بتجميع الصور اللازمة لهذا الغرض وتشمل:

- الصور الفوتوغرافية للأشخاص.
- مجموعة صور الطعام [المائدة- أنواع الأطعمة وأسمائها].
- مجموعة صور الملابس [أنواع الملابس وأسمائها، وخطوات ارتدائها وخلعها].
- مجموعة صور العناية الشخصية [غسل اليدين والوجه، استخدام فرشة الأسنان].

ويجب إشراك الوالدين فى العلاج التخاطبى واللغوى بعد تدريبهما وتوجيههما

من قِبَلْ الأخصائى النفسى أو التخاطب لاستكمال ما بدأه مع الطفل فى مركز العلاج والتدريب من خلال الأنشطة اليومية الحياتية فى المنزل.

ويعتبر اشتراك الوالدين فى البرنامج العلاجى مدعماً ومشجعاً للطفل نفسياً واجتماعياً مما يؤدى إلى تقدم حالة الطفل ونجاح العلاج، كما أن التعاون بين المعالج والوالدين يساعد فى تحقيق التواصل بين الطفل ووالديه مما يُزيح كثير من الآثار النفسية السلبية للتوحد (الأوتيزم) عند الوالدين.

ومن التقنيات الحديثة لتعلم اللغة والتى تم تجربتها فى بعض برامج العلاج اللغوى لأطفال التوحد (الأوتيزم) «الكمبيوتر» حيث يجلس الطفل أمام شاشة الكمبيوتر وفى أذنيه سماعات متصلة بالكمبيوتر يستمع من خلالها لأصوات عرائس أو لعب تتحرك أمامه على الشاشة. وبتوجيهات من الأخصائى ينتبه الطفل للصور المتحركة أمامه، وتستخدم لوحة المفاتيح فى تحريكها بواسطة الإخصائى فى بداية الأمر ثم بواسطة الطفل بمساعدة الأخصائى ومع التكرار يكتسب الطفل مهارة استخدام لوحة المفاتيح. وهكذا يلعب بيديه ويستمع للأصوات الصادرة من اللعب، ويشاهد.

وتشير نتائج الدراسات إلى أن الأطفال الذين تعرضوا لمثل هذه البرامج قد اكتسبوا عدداً كبيراً من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة. ويساعد على نجاح مثل هذه البرامج قدرة الطفل على الجلوس أمام الكمبيوتر لفترة من الوقت ليست قصيرة.

ومن الأعراض الواضحة لدى أطفال التوحد (الأوتيزم) قِصَرْ فترة الانتباه، ونقص القدرة على التركيز، ولذلك يجب تدريب الطفل على الانتباه والتركيز أولاً قبل تعرضه لبرنامج العلاج اللغوى باستخدام الكمبيوتر.

(٩) العلاج الحركى Movement Therapy

يقوم العلاج الحركى على افتراض مؤداة أن تنبيه أعضاء الحركة يزيد من نشاط الجهازا لعصبى مما يحفز أعضاء الحس فيقلل من الإحساس بالتوتر، ويخفض من مشكلات النوم كالأرق والتململ، فتقل سلوكيات الإثارة الذاتية عند أطفال التوحد (الأوتيزم). وهذا من شأنه أن يؤدى إلى زيادة فترة الانتباه لديهم وكذلك القدرة على التركيز، وتقل مقاومتهم للتلامس مع الوالدين، والتواصل معهم ومع معلميهم.

وينطلق هذا النوع من العلاج من الحقيقة العلمية التى أكدتها الدراسات المتخصصة فى هذا الشأن وهى أن الإنسان العادى لديه تكامل بين أعضاء الحركة وتآذر بين أعضاء الحس والحركة، وتكامل بين أعضاء الحس أو ما يسمى «بالتكامل الحسى»، و«التكامل الحركى» لكن اضطراب التوحد (الأوتيزم) يؤدى إلى اضطرابات كثيرة فى وظائف الحركة والحس ودائماً يعانى الأفراد المصابون به باضطراب فى التكامل الحسى، وكذلك التكامل الحركى والتآذر الحسى الحركى.

ويتناول العلاج الحركى جميع الأنشطة التى تهدف إلى تنمية أعضاء الحركة.

ويبدأ العلاج بالأنشطة البسيطة، ثم يتدرج إلى مهارات حركية أعلى بما يتلاءم مع المرحلة العمرية للطفل وقدراته الجسمية والعقلية. ولكل طفل ما يناسبه من أنشطة علاجية حسب احتياجاته الفسيولوجية والحركية والعقلية أيضاً.

ومن الأنشطة التى يتناولها العلاج الحركى:

الأنشطة الشفهية:

- المضغ: ويهدف إلى تحريك الفك وتجديد اللعاب.
- المص: وهو نشاط مهدئ للطفل الذى لديه حركة زائدة.
- الطحن: وهو منشط للطفل الذى لديه انخفاض فى مستوى النشاط.

- الطعم الحلو عن طريق التذوق باللسان ثم البلغ وهو يهدئ من ثورات الغضب لدى الطفل.

- الطعم الحامض وتذوقه ينشط وينظم حركات الطفل.

- الطعم المر والحريف فهو منبه للطفل الذي يعاني من الخمول.

وتستخدم هذه الأنشطة ليس لمجرد الطعام ولكن كعلاج لتنبيه إحساس التذوق عند الطفل، وهي تفيد الأطفال الذين يعانون من الاضطراب الحسي عن طريق الفم.

الأنشطة الحركية

وبعد الأنشطة الشفهية ينتقل العلاج إلى الأنشطة الحركية بالتدريج كما يلي:

- الجلوس فوق كرة كبيرة.

- القفز لأعلى ولأسفل (مسافة قصيرة)

- التعلق بالذراعين.

- التسلق (مسافة قصيرة).

- محاولات لمس أشياء في مكان عال وهذا قد يستدعي القفز والتسلق معاً.

- ضرب الكرات الملونة ببعضها في محاولات لتنظيم وتوجيه التآذر الحسي الحركي لدى الطفل.

- المشي نحو هدف محدد.

- الهرولة تجاه شيء يحبه الطفل.

- الجري للحصول على ما يحقق للطفل متعة معينة.

الأنشطة المنزلية مثل:

- ترتيب أدوات المائدة [الملاعق، الشوك، الأطباق]

- ترتيب دولاب ملابس الطفل.

ـ تنظيف حجرة الطفل وترتيبها.

ـ ترتيب الكتب بالمكتبة [للأطفال الأكبر سناً].

وتؤكد نتائج الدراسات أن استخدام الأنشطة المنزلية فى العلاج الحركى يؤدى إلى تحقيق أهداف علاجية كثيرة تفوق أهداف العلاج الحركى، حيث ترفع من ثقة الطفل بنفسه وتزيد من إحساسه بالكينونة والأهمية لأنه يشارك الكبار أعمالهم، ويشعر أنه يؤدى أعمالاً ذات قيمة، وهذا يؤدى إلى تحسين مفهومه عن ذاته.

المشاركة فى أعمال التسوق مثل:

ـ دفع عربة التسوق.

ـ حمل الأشياء الخاصة بالطفل.

ـ اختيار بعض المشتروات (بالنسبة للأطعمة التى يحبها).

– الحركات الدائرية، ويجب أن تكون جماعية من أجل تنظيم حركات الطفل وخفض تحركاته العشوائية، ومساعدة الطفل على الانتماء للجماعة والانتظام فى صفوف الآخرين والإحساس بهم.

– السباحة واللعب فى الماء (كرة الماء). ويتم ذلك حسب المرحلة العمرية والقدرات العقلية والجسمية لكل طفل.

– الألعاب الجماعية المنظمة، ويستخدم فيها المكافآت التشجيعية للفائزين.

وبعض الأطفال يعانون من مشكلات فى عضلات الفم أو الوجه فيستخدم معهم الأنشطة التى تتطلب «النفخ» لتقوية النفس وعضلات الفم والوجه، وهذا العلاج يفيد فى تحسين القدرة على الكلام. ويستخدم فى هذا الشأن أنواع من الصفارات، ونفخ كرات التنس أو نفخ الفقاعات. ويجب أن يعرف الطفل الفرق بين البلع والنفخ قبل أن يقوم بهذا النشاط.

(١٠) العلاج الحسى Sensory Therapy

يهدف هذا النوع من العلاج إلى تنبيه حواس الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم) وتحقيق التكامل والتوازن بينها، وذلك من خلال حواس اللمس، والسمع، والتآذر السمعى البصرى، وكذلك حواس البصر والشم التذوق.

ويستند العلاج الحسى إلى أن الجهاز العصبى المركزى للإنسان يقوم بربط جميع الحواس الصادرة من الجسم، وأن أى خلل فى هذه الرابطة يؤثر بالسلب على باقى الحواس. بمعنى أن الخلل فى حاسة السمع مثلاً يؤدى إلى خلل فى باقى الحواس المرتبطة معها عن طريق الجهاز العصبى المركزى، مثل حاسة البصر، واللمس. كما أن الخلل فى حاسة اللمس قد يؤدى إلى خلل فى حاسة التذوق والشم وغيرها. وأن الخلل فى حاسة السمع يؤدى إلى اضطراب التوازن.. وهكذا.

وعلى ذلك فإن العلاج الحسى يوجه إلى جميع الحواس عن طريق التحليل والفحص الشامل لها وتحديد مواضع الخلل والعمل على علاجه ثم العمل على تحقيق التكامل والتوازن فى الرابطة بين جميع الحواس وبعضها البعض وهو ما يطلق عليه التكامل الحسى Sensory Integration وينطلق هذا العلاج من حقيقة الرابطة التكاملية بين جميع الحواس عن طريق الجهاز العصبى.

وأيضاً من الحقيقة التى أكدتها جميع الدراسات فى مجال اضطراب التوحد (الأوتيزم) وهى أن جميع الأطفال المصابون بهذا الاضطراب يعانون من خلل فى معظم الحواس وإن كان نوع الخلل ومكانه يختلف من طفل لآخر كما تتفاوت درجات الخلل وما يُحدثه من اضطرابات حسية أخرى من مرحلة عمرية لأخرى.

ولذلك يبدأ العلاج بوضع خطة فردية لكل طفل على حدة لتحديد مواطن الضعف والخلل ودرجته. ثم تبدأ خطط العلاج بما يتناسب مع حالة كل طفل. وقد صُممت عدة برامج علاجية لأطفال التوحد (الأوتيزم) تستند إلى منهجية العلاج الحسى.. ومن هذه البرامج:

ويهدف إلى تحسين الحالة الانفعالية للطفل ومن ثم خفض بعض السلوكيات غير الهادفة وتحقيق الاستقرار أثناء النوم مما يساعده على زيادة مدة الانتباه والتركيز أثناء النهار وخاصة خلال عملية التدريب والتعليم. فمن المعروف أن من أهم ما يعوق تعليم الطفل وتدريبه هو ضعف التركيز والانتباه والانشغال بسلوكيات عشوائية. ومن الحقائق التى باتت معروفة أن السلوكيات العشوائية للطفل تؤدى إلى ضعف التركيز والانتباه، كما تؤدى إلى عدم استقرار نومه.

ووفق هذا البرنامج يتم تدريب الوالدين من قِبَلْ المعالج المتخصص فى هذا المجال ليقوموا بعمل مساج للطفل قبل موعد نومه بنصف ساعة وأن يشمل التدليك (المساج) الذراعان، واليدان، والأرجل، والصدر والظهر. ويستمر التدليك لمدة ربع ساعة (١٥ دقيقة). وقد طُبق هذا البرنامج من خلال دراسة تجريبية على مجموعة من الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم) تراوحت أعمارهم بين ٦-٧ سنوات. وجميع الأطفال منتظمين فى إحدى المدارس. وتم تقييم سلوك الأطفال داخل المدرسة بواسطة المعلمين، وذلك بتسجيل ملاحظاتهم لسلوكيات الأطفال فى حجرة الدراسة وفى فناء المدرسة وتتضمن (السلوكيات العشوائية والنمطية) كما تم تقييم سلوك الأطفال الخاضعين للدراسة داخل منازلهم بواسطة الوالدين، وذلك بتسجيل ملاحظاتهم على الطفل. أثناء تناول الوجبات وأثناء التعامل مع الأخوة وأثناء النوم وتشمل (عدد مرات ترك الطفل لفراشه، وبكائه أو صراخه، وتململه «الأرق» أو رفض الطفل الخلود للنوم).

واستمر البرنامج العلاجى بالمساج ثمانية أسابيع ثم أُعيد تقييم سلوك الأطفال

بنفس الطريقة التى تم بها التقييم قبل انتظامهم فى البرنامج المذكور، وأسفرت النتائج عما يلى:

- زادت مرات السلوك الهادف فى المدرسة.

- انخفض معدل السلوكيات النمطية. (قليلاً) أثناء الدراسة.

- ظهرت بعض المؤشرات الإيجابية نحو ترابط الأطفال تجاه المعلمين.

- تحسن سلوك الأطفال أثناء النوم من حيث انخفاض مرات التململ والأرق.

- انخفضت مرات البكاء والصراخ عند الدخول إلى الفراش.

- بدت رغبة الأطفال فى التفاعل مع الوالدين وانخفض سلوك النفور عند الاقتراب منهم. وقد لاحظ الباحث فى هذه الدراسة أن علامات الرضا ظهرت على وجوه الآباء والأمهات الذين اشتركوا بأطفالهم فى هذه الدراسة، وطبقوا تعليمات المعالج وبدأ التفاعل والتقبل بينهم وبين أطفالهم. ولقد شجعهم هذا على الانخراط فى برامج العلاج لأخرى لتنمية أطفالهم ومساعدتهم على التدريب والتعليم.

وفى تفسير نتائج الدراسة، يقول الباحث: «إن تدليك مناطق معينة من الجسم أدى إلى شعور الأطفال بالاسترخاء والنوم الجيد، مما ساهم فى تحسن سلوكياتهم أثناء النهار وأن من بين ثمار هذا التحسن زيادة الانتباه والتركيز».

برنامج العلاج بالتدريب على التكامل السمعي

Auditory Integration Training Therapy

يهدف هذا البرنامج إلى تحسين القدرة على السمع لدى الأطفال المصابين بالتوحد (الأوتيزم) عن طريق تنشيط عملية استقبال المدخلات السمعية وتنظيمها، ومن ثم يمكن زيادة قدرتهم على التركيز والانتباه، وخفض السلوكيات العشوائية والنمطية وغيرها من السلوكيات الانفعالية غير المرغوبة والتي يكون معظمها نتيجة الخلل والاضطراب في السمع لدى هؤلاء الأطفال، لأنهم إما مفرطون في الحساسية السمعية أو يعانون من نقص في هذه الحساسية، وكلا الحالتين يؤثر بالسلب على الحالة الانفعالية للطفل وعلى تفاعله مع الآخرين، ومع الأشياء أيضاً.

يقرر المتخصصون في مجال السمعيات أن الصوت ينتقل عبر القناة السمعية مسبباً اهتزازاً لغشاء طبلة الأذن، مما يسبب اهتزاز العظميات التي تنقل الاهتزاز إلى السائل الموجود في الأذن الداخلية مسبباً اهتزاز النهايات العصبية فينتقل الإحساس إلى المخ عبْر العصب السمعي إلى المخ. وتعمل الأذن الخارجية والوسطى دور الناقل للصوت ومقوى له. أما الأذن الداخلية فيتحول فيها الصوت من طاقة ميكانيكية إلى طاقة كهربائية تنقل بالعصب السمعي للمخ.

وتلك كلها عمليات طبيعية وميكانيكية عند الشخص العادي. أما عند الأشخاص المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم) فالأمر يختلف، حيث تتم المرحلتين الأولى والثانية بشكل طبيعي عند معظمهم، وعندما تأتي المرحلة الثالثة وهي مرحلة انتقال الإحساس السمعي إلى المخ فهناك خلل في هذه العملية أثبتته العديد من الدراسات والفحوص المتخصصة في هذا الشأن. فيبدو الشخص وكأنه لا يسمع أو أنه لا يفهم الأمر الموجه إليه عبر الأذن. وهذا ما يفسر تفضيل هؤلاء الأشخاص القيام بالمهام

الموجهة إليهم عَبْر البصر أو باللمس أو الحث البدنى. وعزوفهم وعدم اهتمامهم بما يوجه إليهم عبر الأذن. ولهذا السبب تكون حصيلة المفردات المستقبلة محدودة وكذلك المرسلة. ولا يستطيعون متابعة سلسلة من التعليمات والأوامر المنطوقة ولا يميزون بين كلمات تتشابه سمعياً.

ويبدء البرنامج بعمل فحص السمع لدى كل طفل على حدة، وتركيب سماعة تناسب حالته. ثم يتم إدخال المثيرات السمعية لكل حالة بما يتناسب ودرجة تحمله للذبذبات- فإن التأثر بالذبذبات يختلف من فرد لآخر، فالذبذبة التى تثير أعصاب بعض الناس قد تكون مريحة أو مسلية لآخرين. وكلما زادت الذبذبة كلما ارتفعت النغمة، ولكل إنسان نغمات مفضلة تختلف عن الآخر. كما أن حجم المعلومات السمعية التى يجب أن يتحملها الفرد يختلف من شخص لآخر. لذلك كله تعالج كل حالة على حدة من حيث المدخلات السمعية ونوعيتها ومقدارها.

إن الخلل فى عملية استقبال المدخلات السمعية لا يعنى أن الشخص لا يسمع، لكنه يسمع بشكل مختلف عن الشخص العادى. وتتفاوت درجات التأثر بالمدخلات السمعية من شخص لآخر، فمثلاً الصوت الصادر عن عقرب ساعة الحائط ليلاً يمكن أن يصل إلى نسبة أكثر بعشرات المرات عند الأشخاص الذين يعانون من اختلال فى عملية استقبال المدخلات السمعية من النسبة التى يسمعها شخص ليس لديه هذا الخلل.

يهدف هذا النوع من العلاج إلى تحسين عملية التواصل بين الأطفال المصابين بالتوحد (الأوتيزم) وبين والديهم. حيث تؤكد جميع الدراسات الميدانية فى هذا المجال أن هؤلاء الأطفال ليس لديهم أى رغبة فى التلامس مع أى شخص ولا مع الوالدين، ويبدو عليهم النفور وعدم الراحة فى أحضان الوالدين ولا يستجيبون لقبلاتهم أو عناقهم ولا حتى مصافحتهم، مما يؤثر بالسلب على الحالة الانفعالية للوالدين، وانخفاض شديد فى عمليات التواصل والارتباط بينهم وبين الأطفال مما يؤثر مرة أخرى بالسلب على نمو الأطفال انفعالياً واجتماعياً.

ويستند البرنامج العلاجى بالتلامس إلى نتائج بعض الدراسات النفسية التى تؤكد التأثير الإيجابى للتلامس بين الأطفال ووالديهم على تنمية الانفعالات الإيجابية والترابط بينهم وكذلك تحقيق التواصل والتفاهم بينهم.

ووفق هذا البرنامج يقوم المعالج بتدريب الوالدين على كيفية القيام بالتلامس مع أطفالهم والوقت المناسب لذلك بحيث يكون الأطفال هم الذين يتحكمون فى خبرة التلامس. ويتضمن البرنامج مجموعة من التعليمات والمقترحات للوالدين تفيدهم فى كيفية التدخل فى الوقت المناسب للتلامس مع الطفل. بحيث يُقبل عليهم بالتدريج وحتى يتقبل عناقهم وقبلاتهم حين تتحسن مشاعره وأحاسيسه بعد الانتظام فى البرنامج العلاجى.

مثال تطبيقى لبعض جلسات البرنامج:

١ - جلسة تمهيدية للحوار المتبادل بين المعالج والوالدين لتوضيح أهمية التلامس بين الطفل ووالديه، ومزيد من الفهم لحقيقة مشاعر الطفل المصاب بالتوحد (الأوتيزم)، وتوضيح أهداف العلاج بالتلامس وخطواته.

٢- يتواجد أحد الوالدين بالقرب من الطفل، ويجب أن يشاركه لعبه وسكونه وحركاته. ثم يتحين أى فرصة يبدى فيها الطفل الرغبة فى الاقتراب أكثر من الأم أو الأب، فيتجاوب معه بالمصافحة ثم بقبلة خفيفة وعناق قصير. ويلاحظ أن الطفل عندما يكون منزعجاً من أى شىء فإنه يقبل التلامس.

٣- يتم الاتصال بين الوالدين والمعالج لنقل ردود أفعال الطفل للتلامس معهم، ويتلقى الوالدان تعليمات بزيادة فترة التلامس (مصافحة- عناق- تقبيل) أو تقليله بحسب ردود أفعال الطفل، وتبعاً للمواقف التالية ومدى احتياج الطفل ورغبته.

٤- يجب أن يستمر هذا البرنامج العلاجى فترة لا تقل عن شهرين

وفى دراسة تجريبية لعدد من الأطفال ووالديهم باستخدام ما جاء فى هذا البرنامج العلاجى بالتلامس، أكدت نتائجها ما يلى:

- ظهر لدى الوالدين الشعور بالألفة مع أطفالهم.
- انخفضت درجة النفور التى كانت تبدو على الأطفال عندما يلمسهم الوالدين أو أحدهما، وبدا على أكثرهم تقبل التلامس والرغبة فيه.
- زادت درجات الاسترخاء والشعور بالراحة لدى الأطفال الذين خضعوا للدراسة.
- لوحظ التواصل بين الوالدين والأطفال.
- تحسنت الحالة الانفعالية للوالدين، حيث قلت درجة الإحباط واليأس التى كانت تسيطر عليهما بسبب المشاعر الجافة لأطفالهم.
- بدا على الأطفال تحسن فى الصحة العامة والنشاط.

يهتم هذا البرنامج العلاجي بأكثر من حاسة لدي الطفل كما يركز علي العلاقة بين الحس والحركة. فهو يهدف إلي تنمية التآذر بين أعضاء الحس (السمع والبصر واللمس) وبين أعضاء الحركة أو (السلوكيات الحركية للأيدي والأرجل والنطق والالتفات والإشارة... إلخ).

ويشترك في هذا البرنامج كل من أخصائي الكلام واللغة والتخاطب، وأخصائي في المهارات الحركية. ويجب أن يشترك في وضع خطة العلاج أخصائيو السمع والبصر.

وفي هذا البرنامج يظل التعاون المتبادل بين الأخصائيين طوال جلسات العلاج التي قد تمتد عامين كاملين لكي تتغير سلوكيات الطفل تغيراً ملموساً وملحوظاً.

وتستخدم الأنشطة التعليمية في هذا البرنامج لتقوية الناحية المعرفية للطفل، كما تستخدم جلسات التخاطب لتحسين طريقة نطق الطفل وتنمية مهاراته اللغوية.

ويتضمن البرنامج أيضاً جلسات لتقوية الإدراك، ومهارات للتآذر الحسي-الحركي، سواء عن طريق تآذر العين مع اليد، أو تآذر السمع مع النظر. ويستعمل الصوت مع عرض الصور لتنبيه الإدراك السمعي والبصري.

ويهتم المعالجون في هذا البرنامج العلاجي المكثف بتنمية مهارات الحركة الحسية، ومهارات اللغة والكلام والاستفادة من تأثير كلاهما علي الأخري في الارتقاء بالقدرة الإدراكية والحسية للطفل.

وينبغي أن يبدأ العلاج وفق هذا البرنامج بوضع خطة فردية لكل طفل تتضمن:

- مواطن الضعف الحسية والحركية والإدراكية.

- القدرات والمهارات التي يتمتع بها الطفل قبل العلاج.

- تحليل لسلوكيات الطفل والظروف البيئية المحيطة بهذه السلوكيات.

ويكون لكل طفل ما يسمي بـ«البروفيل النفسي التعليمي» Psycho Educatioal Profile

ويكون له أيضاً ما يسمي بتحليل السلوك التطبيقي (ABA) Applied Behavior Analysis

ويمتاز هذا النوع من العلاج بأنه شامل يتعامل مع عدة جوانب للنمو في وقت واحد، ويتيح الفرصة للاستفادة بالتأثيرات الإيجابية للتقدم في كل جانب علي الجوانب الأخري. وبذلك يتحقق النمو والارتقاء بالتكامل الحسي والحركي والمعرفي الاجتماعي أيضاً. إلا أن تكاليف هذا العلاج مرتفعة إذا ما قورنت بتكلفة برامج العلاج الأخري.

ويتوقف إحراز تقدم ملحوظ علي علاج الطفل وتأهيله وتدريبه علي عدة عوامل وهي:

١- التشخيص الدقيق في الوقت المناسب ويشمل:

- التشخيص الطبي (الأطباء البشريين بحسب التخصص).

- التشخيص السيكاتري (الطب النفسي).

- التشخيص النفسي (الإخصائيين النفسيين) كما يشمل التشخيص الفردي التنبؤي للحالة.

٢- تعاون فريق التشخيص في توضيح الصورة الإكلينيكية الصحيحة لحالة الطفل، ولا نغفل ملاحظات الوالدين عن الطفل.

٣- الاكتشاف المبكر للاضطراب.

٤- التدخل العلاجي المناسب لكل حالة في الوقت المناسب ووضع خطة علاجية متكاملة.

٥- تعاون جميع القائمين علي الخطة العلاجية للطفل.

٦- أن تتضمن الخطة العلاجية برامج تنموية لجميع جوانب نمو الطفل [بدنياً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً].

٧- اشتراك الأسرة في تنفيذ الخطة العلاجية ويتم ذلك بتوجيه إرشادات وتوصيات لأسرة الطفل تعينهم علي تفهم حالة طفلهم، وإعطائهم أجزاء من بعض البرامج التدريبية لتطبيقها علي الطفل في المنزل وخاصة تلك البرامج التي تعتني بإكساب الطفل المهارات الأساسية والسلوكيات الاجتماعية، وتعديل السلوكيات غير الملائمة.

٨- توفير مراكز متخصصة في تشخيص وعلاج اضطراب التوحد (الأوتيزم)، وإرشاد أسر الأطفال المصابين به.

٩- مساعدة الأسر غير القادرة علي مواجهة التكاليف المادية للعلاج والتدريب والتأهيل، لأن هذه التكاليف في معظم الحالات تكون باهظة وترهق هذه الأسر.

ثامناً

برامج تدريبية لتمية قدرات أطفال التوحد (الأوتيزم)

ثامناً: برامج تدريبية لتمية قدرات أطفال التوحد (الأوتيزم)

يوصى الباحثون والمتخصصون فى مجال تربية وتأهيل الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم) على ضرورة تنويع برامج العلاج والتدريب لهؤلاء الأطفال، وأن يتم تطويرها باستمرار لتناسب الحالات المختلفة لهم، فبرغم الخصائص المتشابهة والمشتركة لحالات التوحد (الأوتيزم)، إلا أنه لا توجد حالتين متطابقتين تماماً، كما أن الحالة الواحدة تمر بتغيرات عبر المراحل العمرية المختلفة.

ولذلك لا يصلح أسلوب علاجى أو تدريبى واحد لجميع الأطفال، كما أنه لا تصلح طريقة واحدة لنفس الطفل فى جميع مراحل نموه.

وتؤكد نتائج الدراسات على أن تنوع برامج التدخل وتعددها يؤدى إلى تحقيق نتائج جيدة فى تأهيل الأفراد المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم). وتشير إلى ضرورة استخدام أكثر من أسلوب مع الطفل الواحد خلال مراحله العمرية المختلفة، وفق تقدمه فى العلاج والتدريب.

وتقدم برامج العلاج والتدريب بطريقة فردية فى بعض المراحل خاصة فى بداية العلاج والتدريب، وتقدم بطريقة جماعية فى مراحل أخرى وفق برنامج خاص يُعده القائمين على العلاج والتدريب حيث يراعى فيه مدي تقدم الأطفال خلال الجلسات الفردية ومرحلة النمو التى يمرون بها.

ولكى تحقق برامج التدخل العلاجى أو التدريبى أهدافها فى تنمية هؤلاء الأطفال وتأهيلهم، لابد من توفير البيئة الملائمة والتى يقوم الوالدان بدور هام فيها من خلال

إعداد مناخ أسرى طبيعى فى المنزل، والعملى على توطيد علاقات إيجابية بين الطفل وبين والديه، وبينه وبين إخوته، بحيث يشعر الطفل أنه عضو مرغوب فيه فى هذه الأسرة وأنه مُتَقَبَّل منهم، تلك هى البيئة التى يُرجى أن تساعد على إنجاح محاولات العلاج والتدريب ويجب أن يتم التعاون بين الأخصائى وبين الوالدين وينبغى أن يتلقى الوالدين والأخوة الكبار بعض الإرشادات النفسية والتربوية من المرشد أو الأخصائى النفسى، لكى يتعرفوا على المشكلات الحقيقية للطفل، ولكى تقل حدة التوتر والضغوط النفسية على الأسرة والتى يسببها اضطراب النمولدى الطفل.

كما أن الإرشاد النفسى للأسرة يساهم فى فهم الدور أو الأدوار التى يقوم بها كل فرد فى هذه الأسرة تجاه الطفل المضطرب. وتصبح بذلك العملية العلاجية والتنموية للطفل عملية تكاملية بين المعالج والأسرة مما يسرع فى تحقيق النتائج المرجوة من العلاج والتدريب.

وينبغى ألا يقتصر التعاون على الأسرة والمعالج فقط بل يجب أن تساهم المدرسة فى إنجاح برامج التدريب والعلاج عن طريق توفير متصل بين المعالج والمعلم والوالدين والأخوة وبذلك يتحقق الوسط النمائى الذى يُثرى وجدان الطفل وينبه انفعالاته الإيجابية والوجدانية مما يسهم فى تنبيه حواسه، ويدفعه للاستجابة والانتباه والتركيز خلال جلسات العلاج والتدريب.

وتؤكد نتائج الدراسات على أن الأطفال الذين يتمتعون بالتقبل داخل أسرهم ومن ذويهم والمتعاملين معهم تتحسن حالاتهم أسرع من غيرهم من الأطفال الذين لا يحظون باهتمام داخل أسرهم أو الذين يودعون فى مؤسسات بعيداً عن أسرهم.

كما تشير الدراسات إلى أن الأطفال الذين تتاح لهم فرص التعليم والتدريب فى بيئة منظمة ومُخططة يتم تنميتهم، وتتحسن قدراتهم فى وقت أقل من هؤلاء الذين لم تتح لهم مثل هذه الفرص.

وفيما يلى عدد من البرامج التدريبية لتنمية قدرات أطفال التوحد (الأوتيزم):

١- برنامج علاجى لتنمية القدرة على الانتباه المترابط.

٢- برامج علاجية لتنمية القدرة على التواصل.

٣- برامج تنمية المهارات الاجتماعية.

٤- برامج تنمية التعاون والتفاعل الاجتماعى.

٥- برنامج الأنشطة المصورة لتنمية القدرة على الاعتماد على النفس فى الأعمال الحياتية اليومية.

(١) برنامج علاجي لتنمية القدرة على الانتباه المترابط:

يعتبر القصور فى الانتباه المترابط Joint Attention

من الأعـراض الرئيسـيـة لدى الأطفال المصـابين باضطراب التـوحد (الأوتيـزم) وتشيـر الأبحاث العلمـية فى هذا الشأن إلى أن هذا القـصور يظهـر فقط لدى هؤلاء الأطفـال، فهو إذن من الـعلامات المـميزة والفـارقة لهـذا الاضطراب دون غيـره من الاضطرابات النمائية الأخرى.

وإن كان ضعف الانتـباه بصفة عـامة من أعراض جميع الإعـاقات والاضطرابات النمائية ومنها الإعاقة العقلية، واضطراب التوحد أيضاً.

ويعتبر النقص فى الانتـباه وبخاصة الانتباه المترابط من العوامل الأسـاسية المسئولة عن حدوث كـافة أوجه النقص الأخـرى فى النمو العقـلى والمعرفى، مثل العـجز فى اللغة، والنطق، والتواصل اللفظى وغير اللفظى ونقـص القدرة على متابعة الحوار مع الآخرين وصعـوبة الاستجابة لدعـوات الانتباه من الآخرين، أو متـابعة النظر لهم أو تتبع إيماءاتهم ونظراتهم.

ولهذا ينبغى أن يبدأ عـلاج هؤلاء الأطفال بتنمية مهارات الانتباه المتـرابط باعتباره ركيزة جوهرية ورئيسية فى تفاعل الطفل مع الآخرين والتواصل معهم.

وتوجد عدة طرق يتم استخدامها فى البـرنامج العلاجى لتنمية القدرة على الانتباه المترابط نعرض أهمها فيما يلى:

- يوجـه المعالج انتبـاه الطفل إلى شىء مـا وذلك بتوجـيـه نظر الطفل إلى ذلك الشىء الذى يجب أن يكـون مثيـراً ومـحـبباً للطفل، مـثل صـور طيـور أو

حيوانات أليفة بشرط إقبال الطفل عليها، وقد تستخدم الزهور أو ورق الشجر فمن المعروف أن أطفال التوحد (الأوتيزم) يقبلون على الأشياء البسيطة.

- ينظر المعالج إلى نفس الشىء الذى يوجه إليه نظر الطفل ليشتركا معاً فى الانتباه.
- يُدَرَّب الطفل على استخدام الإشارة إلى الشىء الذى ينظر إليه.
- يتم تعزيز الطفل عندما يستطيع النظر والإشارة لنفس الشىء وكلما طالت فترة انتباهه.
- يمكن انتقال النظر من صورة لأخرى باستخدام النمذجة حيث يبدأ المعالج بتحويل نظره لشىء آخر ثم يحث الطفل على تحويل نظره والإشارة إليه مع تعزيزه كما فى المرة السابقة. وهكذا يتم استخدام فنيتى «التعزيز» و«النمذجة» فى هذا البرنامج.

وتؤكد نتائج الدراسات التجريبية لهذا البرنامج الذى تضمن النظر ومتابعة النظر والإشارة، والإيماءات الصريحة القريبة، أن الأطفال قد تحسنت لديهم القدرة على الانتباه المترابط. وظهر ذلك فى استجاباتهم للمثيرات الاجتماعية والبيئية، وزادت لديهم الدافعية لمتابعة الإشارات المتعددة، كما زاد لديهم الوعى بالعلاقات مع الآخرين.

نموذج تطبيقى لبرنامج علاجى لتنمية القدرة على الانتباه المترابط:

الخطوة الأولى:

جمع البيانات عن كل طفل وتشمل:

- تقارير طبية عن الحالة الصحية العضوية للطفل.
- مستوى الحواس، وتتضمن: مقياس السمع، وكشف قاع العين ومدى حدة البصر أو ضعفه، واستجابات الطفل للمس والتذوق والشم.
- تحاليل طبية كاملة لمكونات الدم.
- نتائج الأشعة المقطعية للمخ، وكذلك الرسم الكهربائى للمخ.
- تقرير الأخصائى النفسى ويشمل: نسبة الذكاء والعمر العقلى للطفل.

الخطوة الثانية:

- التشخيص الدقيق لحالة الأوتيزم وإذا كان مصاحب له أى اضطرابات أخرى. وتحديد الأعراض الشائعة والأخرى التى يتفرد بها الطفل.

الخطوة الثالثة:

التعارف بين المعالج والأطفال وبين الأطفال وبعضهم البعض والذين سيشملهم البرنامج العلاجى.

وفى هذه الخطوة يجب أن يتعرف المعالج على كل طفل على حدة وإقامة علاقة ودية مع والديه، ومن الأهمية أن تتكرر جلسات التعارف مع وجود الطفل لكى يشعر بالألفة تجاه المعالج.

وخلال جلسات التعارف يشرح المعالج للوالدين الدور الذى سيضطلعان به أثناء التدريب وخلال التطبيقات المنزلية لبعض جلسات البرنامج.

ويجب أن تتضمن هذه الخطوة إرشاد الوالدين لتقبل الحالة والتحلى بالصبر وعدم اليأس لأن القنوط يؤدى إلى التكاسل والتخاذل فى مواصلة التدريب والعلاج، وإن كان التحسن بطيئاً لكن ذلك يكون فقط فى بداية الأمر، وبعد فترة من الاستمرار والمثابرة ستكون النتائج باهرة.

الخطوة الرابعة:

جلسات تمهيدية للتدريب على الانتباه وتتضمن كل جلسة وضع الطفل أمام عدد من المجسمات لأشياء يألفها الطفل ويحثه المعالج على النظر إليها، وبعد دقائق قليلة يطلب منه المعالج أن يتناول أحد هذه الأشياء، ويمكن أن يحدد له شيئاً بعينه، وإن كان من المفضل فى بداية الجلسات أن يتركه يتناول ما يريد دون تحديد، وبعد ذلك يحدد له، ثم يدعمه إذا نفذ الأمر.

وتستمر الجلسة عشرون دقيقة تزداد بعد ذلك تدريجياً إلى خمس وثلاثون دقيقة.

أما عدد الجلسات التمهيدية للانتباه فيختلف حسب استجابات كل طفل، ومدى ما يحققه من إيجابيات خلال كل جلسة.

وفى هذه المرحلة، يقوم الوالدان بإخبار المعالج عن سلوكيات الطفل وأى تغير عليه مهما كان ضئيلاً وسواء كان التغير إيجابياً أو سلبياً من وجهة نظر الوالدين.

الخطوة الخامسة:

التدريب على مواصلة الانتباه، ومتابعة النظر، والتعرف على الإيماءات، والإرشادات، والتركيز والاختيار، وتوجيه الانتباه، ومتابعة الانتباه بالنظر. وينبغى التدرج من الإيماءات القريبة إلى الإيماءات البعيدة.

وتستخدم فى هذا التدريب «النمذجة» و«الحث اللفظى والبدنى»، و«التدعيم».

كما تستخدم الأدوات المحببة للأطفال مثل: الصور المجسمة، وألبوم صور العائلة، والأنشطة المصورة.

كما تستخدم المرآة، والأدوات التى يستخدمها الطفل فى حياته اليومية أثناء تناول الطعام وكذلك الأدوات التى توجد فى البيئة المنزلية أو المدرسية للطفل مثل: [ملعقة- ساندوتش- تفاحة- برتقالة- موز- خيار- جبن- سَمَكَةٌ- طبق- كوب- دجاجة.. إلخ]، [ساعة- سيارة- دراجة- تليفزيون- مروحة- ورقة- قلم- لمبة- فانوس- ثلاجة- باب- شباك.. إلخ].

فى هذه المرحلة تُعرض صور الأشياء والأدوات بطريقة منظمة من خلال أنشطة تُستخدم فيها هذه الأدوات فى خطوات متسلسلة ومتتابعة، ويتم حث الأطفال على النظر إليها ومتابعة الانتباه، ويمكن للأخصائى أن يوقف العرض ويطلب من الطفل أن يشير لبعض الأشياء التى انتبه إليها وأن يسميها، وما إذا نجح الطفل فى الإجابة- وهذا يعنى أنه كان منتبهاً- يجب تدعيمه مادياً أو معنوياً حسب عمر الطفل واستعداده، ثم يُستأنف العرض ويحث الأطفال على مواصلة الانتباه مرة أخرى، مما يؤدى إلى زيادة التركيز عند الأطفال ويشجعهم على متابعة النظر والانتباه لما يُعرض عليهم.

ومع التكرار يتعلم أطفال التوحد (الأوتيزم) مهارات الانتباه المترابط، كما يتعلمون معنى الإيماءات القريبة والبعيدة والتى تصدر من الأخصائى أثناء العرض ومن خلال أسئلته لهم بعد توقف العرض، ثم استئناف العرض مرة أخرى.

ويعتبر استخدام المرآة الكبيرة أثناء جلسات البرنامج هام لتدريب الأطفال على النظر ومتابعة النظر، والانتقال من الأشياء الحقيقية إلى صورها فى المرآة، وانعكاس صور الأطفال فى المرآة وتحويل نظراتهم بين الإخصائى وتلميحاته وإشاراته لهم

وبين الأشياء مرة أخـرى، كما يدركون أهمية الانتباه عندما يلاحظون انعكاس ذلك على صورهم فى المرآة.

وعندمـا يصل الأطفـال إلى هذه المرحلة المتـقدمـة من الإدراك يكون من السـهل تقدمهم فى البـرامج التعليمية والتـربوية الملائمة لمرحلتهم العمـرية. وكذلك البرامج العلاجية الأخرى اللازمة لتنمية المهارات الاجتماعية، ومهارات التواصل والاتصال.

وإذا كانت برامج الـتدريب على الانتبـاه تتم معظم جلسـاتها بشكل فـردى، فإن برامج التـدريب على مـهارات التـواصل والاتصـال يجب أن تتم جمـيـعهـا بشكل جماعى.

وتؤكد نتائج الدراسـات على أن الأطفال الذين تم تدريبهم على الانتباه المترابط يحققون تقدماً أكثر من غيرهم فى برامج التدريب على التواصل والاتصال.

(٢) برامج علاجية لتنمية القدرة على التواصل:

يُعد ضعف القدرة على التواصل من أكـبر مشكلات الأطفال المصابين باضطراب الأوتيـزم (التوحـد). والتواصل مـن العوامل الأسـاسيـة فى نمو الطفل اجـتمـاعيـاً، وانفـعاليـاً، ومعـرفيـاً، وأن صـعوبة التـواصل تؤدى إلى تقليل فـرص التعـرف على الآخرين ومحاكاتهم، فينسحب الطفل من المجـتمع ويلجأ إلى سلوكيات سلبية تزيد بدورها فى رفض الأقران له، فتزداد مشكلاته الاجتماعية والانفعالية.

لذلك ينبغى التـدخل ببرامج علاجـية منظمة ومـقننة لتنمية قـدرة هؤلاء الأطفال على التواصل، وذلك باستـخدام الفنيات والأساليب الملائمـة للبيئة التى يعيش فـيها الطفل ومرحلته العمرية. فالتواصل عمليـة مركزية ظاهرة التفاعل الاجتماعى، وهى تتأثر بكل العمليات النفسـية عند الفرد كما تؤثر فى حياته الاجتماعـية والنفسية وفى تعاملاته مع العالم المحيط به.

وإذا لم يتم التدخل لعلاج ضعف التواصل لدى الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة بصفة عامة، وأطفال التوحد (الأوتيزم) بصفة خاصة، فإن النتائج ستكون سلبية ليس عليهم فقط، ولكن على أقرانهم من الأطفال العاديين الذين لا يدركون حجم المشكلة ولا يعرفون أبعادها ويحاولون التواصل مع أولئك الأطفال الذين لا يستطيعون ذلك فيرفضونهم أو يتجاهلونهم، وتكون النتيجة لكليهما مشكلات انفعالية عنيفة مثل: القلق، والاكتئاب. مما يسهم فى تعميق مشكلات الأطفال وأسرهم أيضاً.

ويبدأ برنامج تنمية التواصل بتدريب الأطفال العاديين الذين سيشاركون فى البرنامج على كيفية التعامل مع أطفال التوحد (الأوتيزم)، ويُفضل أن يكونوا من الأخوة أو الأقارب أو الجيران. ويجب أن يكونوا أكبر سناً من أطفال التوحد (الأوتيزم) وتستخدم فى مثل هذه البرامج مجموعة من الفنيات أهمها:

- لعب الدور فى مجموعة Group Rol Play.
- الكورال الغناء الجماعى (الأناشيد الجماعية).
- اللعب المشترك (الألعاب الجماعية).

ويساعد لعب الدور على تنمية القدرة على التخيل والتصور، وهى من القدرات المحدودة والقاصرة لدى أطفال التوحد (الأوتيزم).

وفيما يلى أمثلة الألعاب التظاهرية أو التخيلية والتى يمكن تدريب الطفل وحثه على القيام بها وتشجيعه على الاستجابات الصحيحة:

- تخيل الطفل أنه رجل مطافئ، أو معلم، أو طبيب.
- تخيل الطفل لاستخدامات بعض الأشياء مثل، تخيل الصندوق أو الخرطوم على أنه هاتف ويحاول إجراء حوار فيه.

- تخيل الطفل أنه طبيب ويجرى فحصاً لبعض الدمى على أنها مرضى، ويمكن للأخصائى أن يقوم بدور المريض إذا لزم الأمر لكى يشجع الطفل على التخيل والاستجابة بناء على تخيله وتصوره. وفى هذه الحالة يمكن توفير بعض الأدوات المرتبطة بموضوع اللعب مثل: [السماعة، الترمومتر، ملاءة بيضاء... إلخ].
- تخيل الطفلة أنها أم وتتعامل مع عروستها على أساس هذا التخيل. وتصور الطفل للعصا على أنها حصان ويحاول ركوبها.
- اهتمام الطفلة بأدوات التجميل أو أدوات المطبخ.
- تصور الطفل لاستخدامات بعض الأدوات الحقيقية فى البيئة كأن يصب الشاى من إبريق شاى فارغ فى الأكواب. وقد يتم تدريبه أن يوزع الأكواب على الآخرين وكأنه يقدم لهم التحية. ويمكن أيضاً أن يتخيل وجود الآخرين على المقاعد فيضع الأكواب المزعومة على المنضدة أمام المقاعد.
- تخيل الطفل أنه بائع فى أحد المحلات ويقدم البضائع للزبائن ويمكن أن يقوم الإخصائى بدور المشترى ليشجعه على التصور، ويجب تعزيز الطفل على كل استجابة صحيحة للدور الذى تخيله.

وتدريب أطفال التوحد (الأوتيزم) على لعب الدور أو على اللعب التخيلى يحتاج إلى أن يقوم الأخصائى بنمذجة الدور الذى سيلعبه الطفل ويؤديه أمام الطفل ويحثه على أدائه، وكلما قام الطفل باستجابة صحيحة فى هذا الدور يجب تعزيزه لكى يُقبل على تكملة الاستجابات المكونة للدور المطلوب، وإذا فشل الطفل فى الاستجابة يقوم الأخصائى بإعادة النمذجة دون أن يشعره بالفشل أو العجز.

وفنية لعب الدور من الفنيات ذات الأثار الإيجابية للأطفال بصفة عامة، وأطفال التوحد (الأوتيزم) بصفة خاصة. حيث يشترك الطفل فى اختيار أنواع اللعب وأدواته

وكـذلك شركـاء اللعب مـعـه. كمـا يتـرك للطفل حـرية اتخـاذ أى دور سواء كـان لشخصية واقعية أو خيالية.

ويمكن تقدير تقـدم الطفل من خلال ما يقـوم به من أدوار، فحينمـا يتلفظ الطفل ويقـول (أنا طـبـيب)، أو (أنا أكـشف عـلى المريض)، أو أن يتظاهر بـأنه يعطى دواء لمريض، أو يقـول (أنا رجل مطافئ)، أو يقـول أنا قـمت بإطفـاء الحـريق، فكل هذه الألفاظ والتعبيرات تعتبر مؤشرات على تقدم الطفل.

ومن الطبيـعى أن طفل التوحـد (الأوتيزم) لا يسـتطيع لعب الدور أو التلفظ بمثل العـبارات المذكـورة إلا بعد التـدريب ونمذجـة الأدوار أمامـه بواسطة الأخصـائى أو المدرب المتخـصص. لكنه بعد التدريب ينمو لديـه سلوك لعب الدور ويتطور شريطة أن يكون المكان الذى يتم فيه التدريب ممتع للطفل، والأدوات المستخدمة مقبولة لديه، وأن يكون شركاء اللعب مقبولين أيضاً من الطفل ومألوفين له.

كمـا يمكن قياس تقـدم الطفل وتطوره من خلال معـرفة مدى مـثابرته على أداء الدور، والاستمرار فيه حتى يكمله أو على الأقل يربط بين أربعة خطوات متتابعة فى الدور الذى يلعبه.

ويجب الابتعاد عن اللعب التنافسى، وأن يتم توضـيح الهدف من اللعب المشترك أنه الاستمـتاع بمشاركة الآخر، والتفـاعل مع الآخرين، وتطوير المهارات الاجتمـاعية لدى جميع الأطفال.

ويستخدم التـعزيز مع الأطفال لدعم السلوكيات الإيجابيـة، وتجاهل السلوكيات السلبـية. وتخـتلف نوعيـات المعـززات المقدمـة من طفل لآخر، ومن سلوك لآخـر، فبـعض الأطفال يفـضلون التدعـيم المعنوى وخاصـة الأكبـر سناً، وبعضهـم يفضل التعزيز الاجتماعى مثل التصفيق أو الاستحسان أمام الآخرين. لكن الأطفال الأصغر

سناً وكذلك من لديهم إعاقة عقلية فإنهم يفضلون المعززات المادية [طعام- شراب- حلوى... إلخ].

ومن السلوكيات ما يستحق دعماً فورياً ومتميزاً مثل: قيام الطفل العادى بمساعدة الطفل الأوتيزم ليكون قائداً للعبة، أو التكلم ببطء وتكرار الكلام للتوضيح وجعل طفل الأوتيزم مشاركاً إيجابياً باللعب مع المجموعة. فمثل هذه السلوكيات تجعل من اللعب متعة لطفل الأوتيزم وتجعله متفاعلاً، وتحقق كثير من الأهداف العلاجية. كذلك إذا تجاوب طفل الأوتيزم مع أقرانه أو بدأ بالمشاركة، فإن سلوكه هذا يستحق دعماً فورياً بأشياء يحبها الطفل. ويعتبر اللعب المشترك من أهم الفنيات المستخدمة لتنمية القدرة على التواصل حيث يؤدى إلى تنشيط أجهزة الإرسال والاستقبال الحسية لدى أطفال الأوتيزم مما يمهد لتواصلهم فى أنشطة أخرى مع آخرين من أقرانهم أو من الكبار، وذلك بسبب التقارب الجسدى للأطفال خلال اللعبة المشتركة. كما يفيد فى نمو الانتباه المترابط لدى هؤلاء الأطفال بسبب لعبهم بنفس الأدوات وتبادل اللُعب بينهم كثيراً.

أما الغناء الجماعى أو الكورال فإنه يسارع بتحقيق الألفة بين الأطفال العاديين وغير العاديين حيث يؤدى جميع الأطفال نفس الحركات فى نفس الوقت. ويجب أن تكون كلمات الأناشيد بسيطة وقصيرة وأن يكررها الأخصائى أكثر من مرة على مسمع من الأطفال الأوتيزم لكل على حدة قبل لقائهم مع المجموعة التى قد تشمل العاديين أيضاً. ويصلح هذا الأسلوب (الكورال) مع أطفال الأوتيزم الأكبر سناً (فى سن المدرسة الابتدائية).

ويمكن تسجيل جلسات البرنامج على شرائط فيديو، وتستخدم لقطات منها فى بداية الجلسات التالية لتحميس الأطفال وزيادة انتباههم وإقبالهم على الأنشطة التدريبية والعلاجية الأخرى.

وتؤكد نتائج الدراسات التجريبية التى أجريت على أطفال مصابين باضطراب الأوتيزم وطبق عليهم مثل هذه البرامج [برنامج تنمية القدرة على التواصل باستخدام «الكورال» و«اللعب المشترك»]، على انخفاض مستوى السلوكيات النمطية لديهم، وزيادة إقبالهم على التواصل مع الآخرين بشكل ملحوظ، كما انخفض لديهم الخوف من اقتراب الكبار منهم، وأنهم حققوا نتائج جيدة فى التحصيل الدراسى أفضل من غيرهم من قرنائهم الذين لم يشتركوا فى هذه البرامج.

ويشير معلموا أطفال الأوتيزم الذين انخرطوا فى هذه البرامج إلى كثير من الملاحظات الإيجابية على سلوكياتهم بعد فترة من تدريبهم، من هذه الملاحظات:

- انخفاض السلوكيات التكرارية التى كانوا يمارسونها.
- كسر العزلة التى كانوا يعيشونها حيث لوحظ عليهم التقرب من الأطفال الآخرين، وعدم هروبهم من التجمعات.
- زيادة إقبالهم على الأنشطة الجماعية فى المدرسة.
- ارتفاع مستوى الانتباه المترابط.
- زيادة معدل السلوكيات التلقائية الإيجابية.
- إقبال الأطفال على المشاركة والتجاوب مع المعلم.

أما بالنسبة لمشاركة الأطفال العاديين مع أطفال الأوتيزم فى هذه البرامج، فإن الدراسات تؤكد استفادتهم اجتماعياً ونفسياً كما يلى:

- تعلم الالتزام والمسئولية.
- زيادة الفهم للإعاقة، وتقبل الأطفال الأوتيزم وغيرهم من ذوى الإعاقات الأخرى.

- زيادة الثقة بالنفس وتقدير الذات.

- الإحساس بمتعة العطاء واحترام الآخر.

- ظهور العديد من القدرات الاجتماعية المتميزة مثل:

ـ الريادة، والقيادة.

ـ المبادءة.

ـ المشاركة الفعالة.

ـ التعاون.

ـ حب العطاء والعمل الجماعي والتطوعي.

(٣) برامج تنمية المهارات الاجتماعية

يعانى الأطفال المصابون باضطراب التوحد (الأوتيزم) من صعوبات كثيرة فى معظم جوانب النمو وخاصة النمو الاجتماعى.

ويُجمع المتخصصون على أن هؤلاء الأطفال لديهم قصور شديد فى مهارات التفاعل الاجتماعى، ولا يستطيعون إقامة علاقات مع أقرانهم، ولا يمكنهم تأسيس صداقات مع أندادهم ممن يعانون من نفس الاضطراب أو غيرهم. وذلك بسبب نقص المهارات الاجتماعية الذى يفقدهم القدرة على الاستجابة المناسبة للسلوك الاجتماعى فى المواقف البينشخصية المختلفة، ويعانون من قصور واضح فى القدرة على أداء المهام الاجتماعية البسيطة التى تساعد على التفاعل والتواصل الاجتماعى.

ويمكن تصنيف صعوبات التفاعل الاجتماعى لدى أطفال الأوتيزم فى عدة مظاهر كما يلى:

- القصور فى (الإدراك الاجتماعى Social Recognition) ويعنى الافتقار إلى الوعى بالآخرين أو الاهتمام بهم.
- نقص القدرة على (الفهم الاجتماعى Social Understanding) وهو عدم القدرة على فهم الآخرين من إشاراتهم وتلميحاتهم.
- نقص القدرة على (التواصل الاجتماعى Social Communication) ويقصد به عدم استطاعة الطفل التعبير عن ذاته أمام الآخر وعدم فهمه لتعبيرات الآخر.
- القصور الشديد فى القدرة على (التخيل الاجتماعى Social Immagination)

وهو عدم المشاركة فى اللعب التخيلى ويشمل أيضاً عدم القدرة على فهم أفكار الآخرين ومشاعرهم.

وتهدف برامج تنمية المهارات الاجتماعية إلى علاج أوجه القصور والنقص فى النمو الاجتماعى كما تم توضيحها، وذلك من خلال تعديلات فى البيئة المحيطة بالطفل (البيئة العلاجية) وتدريبات خاصة لرفع كفاءته الاجتماعية فى التواصل، وتدخلات فى البيئة التعليمية والمنزلية للطفل لدمجه مع الآخرين فى المدرسة، واشتراك الأسرة فى إخراج الطفل من عزلته، وتكرار محاولات التواصل والتفاعل معه، ويتم ذلك بتوجيهات من الأخصائى (المعالج). ولذلك يلزم تقديم الإرشادات والتوصيات لأسر الأطفال لتوضيح الآثار السلبية للتقوقع والانغلاق على الذات، كذلك يمكن توضيح الاستراتيجيات التى تقوم عليها برامج تنمية المهارات الاجتماعية وأهدافها.

ويساعد فى نجاح هذه البرامج اتباع سياسة الدمج فى العملية التعليمية وخاصة فى مرحلة التعليم الأساسى مما يتيح فرص التفاعل بين الأطفال العاديين وغير العاديين، وإيجاد مواقف حقيقية للفهم المشترك بينهم. وهذا من شأنه تهيأة الأطفال للاشتراك فى برامج تنمية المهارات الاجتماعية التى تقوم على التعاون بين العاديين وغير العاديين.

نماذج تطبيقية لبرامج تنمية المهارات الاجتماعية

المواقف الاجتماعية المصورة:

- يتم تصميم مواقف اجتماعية تحتوى على مهارات محددة مع وصف السلوكيات الإجرائية لتلك المهارات وصفاً تصويرياً مفصلاً يتيح للطفل المتابعة.

- ويجب أن تكون المواقف محددة وقصيرة لكى يسهل متابعة الانتباه حتى نهاية الخطوات المكونة للموقف.

- ويتم تأدية السلوكيات المصورة بواسطة أفراد مألوفين لأطفال الأوتيزم، وباستخدام مواد وأدوات حقيقية من البيئة التى يعيشون فيها.

- ومن الممكن أن يحتوى الموقف على بعض المعينات البصرية التى تجذب انتباه الأطفال وتساعدهم على فهم المواقف المختلفة، مثل، الأسهم الفسفورية التى تشير إلى تتابع الخطوات الإجرائية للموقف أو إلى أجزاء الجسم (الأيدى- الأرجل..) للشخص الذى يؤدى السلوك.

- يجب أن يتضمن الموقف أدواراً اجتماعية تشتمل على آداب السلوك الاجتماعى، وردود الأفعال المتبادلة بين طرفى التعامل فى موقف اجتماعى حقيقى. وذلك لمساعدة الأطفال على التكيف والتوافق مع البيئة الاجتماعية المحيطة بهم.

- وينبغى أن تكون المواقف المعروضة على الأطفال مستمدة من بيئاتهم الطبيعية وأن تتضمن أفعالاً مناسبة للمرحلة العمرية لكل منهم، وتقدم سلوكيات مرغوبة وردود فعل ملائمة تتمشى مع الإطار التصورى والمتوقع للسلوك مما يساعد فى تكوين الكفاءة الاجتماعية لدى أطفال الأوتيزم. كما أن ردود الأفعال المناسبة فى المواقف المختلفة، تلعب دوراً هاماً فى جذب انتباه هؤلاء الأطفال، وتعليمهم الأدوار الاجتماعية، والاستجابات الملائمة فى كل دور. وهذا من شأنه تأسيس وجهات نظر اجتماعية، وفهم الدلائل الاجتماعية للسلوك.

- ومن الضرورى أن تُقدم المواقف الاجتماعية بطريقة متدرجة من حيث السهولة والصعوبة ومن حيث البساطة والتعقيد. فنبدأ دائماً بعرض المواقف السهلة البسيطة ثم نتدرج بمواقف تحتوى على بعض الصعوبات، وذلك بعد أن يتأكد الأخصائى من استيعاب الطفل للمواقف البسيطة والسهلة. فمن الممكن أن تتضمن المواقف بعض الصعوبات الاجتماعية التى تواجه الطفل فى الواقع وكيفية التغلب عليها بشكل إيجابى.

- من الأهمية تقديم وصف للمواقف الاجتماعية التى يواجه فيها الطفل مشكلة، وتوضيح ردود الفعل المثالية للآخرين من هذه المشكلة، مع تقديم الاستجابات الاجتماعية الملائمة بطريقة واضحة ومحسوسة.

شروط برامج المواقف الاجتماعية المصورة:

- أن تتضمن صوراً ورسومات بألوان تجذب انتباه الطفل.
- أن يتوفر فيها التشويق والمتعة والجاذبية فلا تؤدى إلى الملل.
- أن يكون كل موقف له مدلول يتمشى مع الإطار التصورى للطفل وخلفيته الاجتماعية.
- أن يتضمن كل موقف مهارة اجتماعية يمكن تعلمها.
- أن يكون كل موقف عبارة عن نشاط منفصل لدى الطفل.
- أن يتم العرض ببطء، مع تغيير الإيقاع للحفاظ على تركيز الطفل وعدم تسرب الملل إليه.
- أن يرافق عرض المواقف بعض القطع الموسيقية أو الأناشيد ذات الإيقاع المحبب للأطفال، وذلك لرفع المشاركة الحسية لهم.
- أن تتاح الفرصة لكل طفل للتعبير عن نفسه أثناء عرضه الموقف.
- تجنب الكلمات المعقدة أو التى تحمل أكثر من معنى أثناء العرض.
- أن تكون الاستجابات المقدمة فى المواقف المعروضة على الأطفال نموذجية وصحيحة وسهلة التقليد، ويجب تقديم المعززات الفورية التى تدعم تكرار هذه الاستجابات.
- تشجيع الأطفال على طرح الأسئلة والإجابة عليها.

فوائد برامج المواقف الاجتماعية المصورة لأطفال التوحد (الأوتيزم):

- تعليم الطفل ردود الفعل المثالية للآخرين فى المواقف المختلفة.
- تزويد الطفل بعدد من الاستجابات الاجتماعية الملائمة.
- تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال وزيادة عدد هذه المهارات.
- تعليم الطفل كيف يشارك فى المواقف الاجتماعية مشاركة صحيحة وملائمة.
- الإقلال من السلوكيات غير المرغوبة فى المواقف الاجتماعية.
- تشجيع الأطفال على التواصل مع الآخرين.
- زيادة التفاعل الاجتماعى وخفض السلوكيات النمطية والبعد عن الذاتية والتقوقع.
- تعليم الطفل بالأدوار الاجتماعية المختلفة للآخرين وأهمية كل دور من هذه الأدوار.
- خفض النشاط الزائد والحركات العشوائية لدى الأطفال.
- تعليم الطفل سلوك الاكتشاف والبحث.
- تعليم الطفل المبادءة والطلب وتوجيه الأسئلة.
- تعليم الطفل الانتباه لما يقوله الآخر والاستجابة له بشكل ملائم.
- مساعدة الطفل على فهم مشاعر الآخرين وإدراك مدلول بعض الإشارات الجسدية مثل نظرات العين وحركات الأصابع واليدين وهز الكف.
- إدراك أهمية الانتباه واستمراره (الانتباه المترابط).
- إدراك أهمية الجلوس الهادئ.

- إدراك أهمية الاحترام المتبادل بين الأقران.

- تعليم الأطفال التعاون والتشارك من خلال النتائج الإيجابية للتعاون والمشاركة.

المهارات التى يمكن أن تحتوى عليها المواقف المعروضة على الأطفال

- ترتيب المائدة.

- تناول الطعام.

- ترتيب المقاعد.

- ترتيب الأسرة (الفراش).

- اختيار الملابس.

- التحرك بهدوء لعدم إزعاج الآخرين.

- التعامل بالنقود.

- تتبع أشياء متحركة مثل: (الأسماك فى الماء، أو سيارات أو قطارات)، وتغيير مساراتها وتوجيهها.

- تبادل الحديث حول شيء مشترك بين أكثر من شخص.

- بناء مكعبات أو تشكيل صلصال بشكل تعاونى.

- قصة قصيرة وأسئلة حوارية عن محتواها.

- تزيين الفصل.

- ترتيب الكلمات لتكوين جملة مفيدة.

- الأشياء واستخداماتها العملية.

- الأشياء ومسمياتها اللفظية.

- تبادل التحية والمشاركة المتبادلة.

- إعداد وجبة خفيفة لأكثر من شخص..

- إعداد عصير ليمون- برتقال لأكثر من شخص.

- تقديم الوجبات للآخرين.

- تقديم العصير للآخرين.

(٤) برامج تنمية التعاون والتفاعل الاجتماعى

تهدف هذه البرامج إلى بناء الشخصية الاجتماعية للأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم)، لدمجهم مع العاديين وتحقيق التعاون بينهم بعد تحسين ثقافة الأطفال العاديين عن هذا الاضطراب وتصحيح المفاهيم عند الأطفال المصابين به. ويتم هذا الهدف من خلال خلق بيئة شاملة تضم عدداً من الأطفال العاديين وآخرين من غير العاديين وإيجاد أساليب للتواصل المنظم والمدعم بينهم تحت إشراف إخصائيين نفسيين ومعالجين متخصصين، مع مشاركة فعالة من الآباء ليستمر التدريب فى البيت.

كما تهدف إلى تنمية قدرات الأطفال المصابين بالتوحد (الأوتيزم) على التوافق والتكيف، وتشجيعهم على التفاعل مع الآخرين من خلال دعم تقديرهم للذات وتعزيز شعورهم بالكينونة والوجود ضمن بيئة اجتماعية تتقبلهم وتحترم مشاعرهم. ومن شأن هذا أن يُخفض من شعورهم بالعزلة ويقلل من إحساسهم بالعجز والدونية.

وتهدف أيضاً هذه البرامج إلى تقليل المشكلات السلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد (الأوتيزم) من خلال تحقيق حالة من الاسترخاء والرضا بسبب الدعم والاهتمام الذى يلاقونه من أقرانهم العاديين، ومن الكبار خلال التواصل المتبادل بينهم داخل البيئة العلاجية وخارجها.

كما تعمل على تطوير وتنمية سلوكيات الأطفال ومهاراتهم اللازمة للحياة فى مجتمعاتهم من خلال التفاعل والتشارك.

ويمكن أن تؤدى هذه البرامج إلى الدمج الطبيعى بين الأطفال المصابين بالتوحد

(الأوتيـزم) وبين الأطفـال العـاديين فى مـختـلف البيـئـات التـعليـمـية والرياضـيـة والاجتماعية.

ويمكن أن يتحقق الدعم الاجتماعى والنفسى لأسر الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيـزم) من خلال الصداقات التى تنشأ بينهم وبين أسـر الأطفال العاديين وتواصلهم خارج نطاق أماكن التدريب.

تستنـد هذه البرامج إلى نتـائج الدراسات الاجتـماعـية والنفـسية الـتى أكدت أن التعاون فى مختلف صوره وأشكاله يعود بفوائد كثيرة على كل الأفراد المشتركين فى العمل التعاونى من حيث تدعيم التواصل، وتنمـية القدرة على تحمل المسئولية، ودعم جهـود كل فرد من أجل الآخرين، وزيادة فرص الاسـتمرار فى أداء المهمـة لكل فرد سـواء كـان من ذوى الـقـدرات والمهـارات المرتفـعـة أو ذوى الـقـدرات والمهـارات المنخفضة، وسواء كان من العاديين أو من غير العاديين من ذوى الاحتياجات الخاصة مثل هؤلاء الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم).

وتشير الدراسات التجريبيـة فى هذا المجال إلى أن إتاحة فرص التعاون والتواصل الفعـال والمدعم بين الأطفال غـير العاديين وغـيرهم من الأطفال الـعاديين يؤدى إلى زيادة التفاعل الاجتماعى لديهم جميـعاً ويرفع من درجة النضج والذكاء الاجتماعى لديهم، كذلك يـؤدى إلى ارتفاع درجة تقـدير الذات لدى كل المشاركـين فى العمل التعـاونى. على أن يهـدف العمل التـعاونى إلى تحـسين الأطفـال المعاقيـن من خلال إشراك أقرانهـم العاديين فى دعمهم كـأصدقاء لهم تأثير فى سلوكـياتهم. ويتم ذلك بإتاحة فرص متساوية لجميع الأطفـال العاديين والمعاقين للاشتراك فى أنشطة تشتمل على مهـام مختلفـة ومتنوعـة من حيث الصعـوبة والسهولة والـبساطة والتـركيب أو التعقيد، ويقـوم كل طفل بأداء المهام التى تتناسب مع قدراته. ثم يتم تقييمـهم جميعاً بشكل متساوى أيضـاً. وفى هذه البرامج يتم التعامل مع الأطفال جمـيعهم على أنهم

أشخاص ذوى خصائص متنوعة، ونضمهم معاً فى أعمال تحتاج لخصائصهم مجتمعة فى بيئة شاملة تشبه مجتمع المدرسة يتم فيها تعزيز إبداع كل طفل حسب قدراته هو بشكل موضوعى مع الأخذ فى الاعتبار الثقافة البيئية لكل طفل، ودرجة نموه المعرفى والنفسى والاجتماعى وكذلك التدريبات السابقة له قبل الانضمام لمثل هذه البرامج.

ويُشير المتخصصون والقائمون على برامج تنمية التعاون والتفاعل إلى أن انعزال أطفال التوحد (الأوتيزم)، ورفضهم فى المجتمع وعدم تقبلهم من أقرانهم العاديين يدمر إحساسهم بالذاتية ويؤكد لديهم الإحساس بالعجز وقلة الشأن.

ومن ناحية أخرى فإن التقبل والمشاركة فى أعمال جماعية يعزز نموهم وتبنى بداخلهم الثقة فى ذاتيتهم وقدراتهم وتمكنهم من المشاركة الإيجابية فى المجتمع الذى يعيشون فيه.

ويرى كثير من علماء النفس وعلماء الاجتماع أن توفير فرص التفاعل بين أطفال التوحد (الأوتيزم) والأطفال العاديين يتيح فرصاً لإقامة علاقات بينهم، وتطوير السلوكيات الاجتماعية والتواصلية لجميع الأطفال الذين يشملهم التفاعل.

وينبغى لنجاح هذه البرامج فى تحقيق أهدافها سواء بالنسبة لأطفال التوحد (الأوتيزم) أو الأطفال العاديين أن تراعى بعض الاعتبارات أهمها:

- أن يتلقى أطفال التوحد (الأوتيزم) تدريبات علاجية منفردين قبل دمجهم مع الأطفال العاديين.
- أن يتم اختيار الأطفال فى أعمار عقلية وزمنية متقاربة.
- عدم الجمع بين أكثر من إعاقة فى المجموعة العلاجية الواحدة.

- أن يتلقى الأطفال العاديين إرشادات عن حقيقة اضطراب التوحد (الأوتيزم) وبعض الخصائص المترتبة عليه لدى الأطفال المصابين به.

- أن يتم شرح الأدوار التى سيقوم بها كل طفل داخل المجموعة.

- تقديم إرشادات للوالدين وأولياء الأمور عن الفوائد المترتبة على اشتراك الطفل (العادى وغير العادى) فى هذه البرامج.

- التواصل بين المتخصصين من معدى البرامج والمدربين، وبين الوالدين وأولياء أمور الأطفال لتدعيم السلوكيات الإيجابية للأطفال، وأن تكون هناك إحالة متبادلة لما يطرأ على الطفل من تغيرات سلوكية.

ومما يدعو للاهتمام بهذه البرامج، ما يؤكده علماء النفس والمتخصصون فى علم الاجتماع والصحة النفسية، من أن الأطفال عموماً لا يطورون مهاراتهم وقدراتهم من تلقاء أنفسهم ولكن هذا التطوير لابد أن يتم عبر التفاعل مع الآخرين. ولكى يتم التطوير إلى الأفضل يجب أن يتم التدخل لتنظيم التفاعل وتوجيهه من خلال سياقات اجتماعية واقعية، وأن يتم التواصل مع الآخرين بفاعلية عن طريق إقامة علاقات اجتماعية ناجحة من الآخرين مع الطفل ومنه تجاه الآخرين، بحيث يشعر الطفل بأهميته وبتأثيره فى البيئة التى يعيش فيها.

إن كل طفل لديه القدرة على النمو ويمكن أن يصل إلى مستوى معين من النمو بقدرته الخاصة به دون مساعدة أو تدريب، وهو ما نطلق عليه مستوى النضج الطبيعى. لكنه يستطيع أن يحقق مستويات أفضل من النمو إذا تم تدريبه وإرشاده لاستثمار قدراته الطبيعية بطريقة ملائمة لاحتياجاته وقدراته. وكلما كان التدريب فى الوقت المناسب كانت النتائج أكثر إيجابية وفاعلية، والذى يحدد هذا الوقت هو الأخصائى النفسى بناءً على نتائج القياسات النفسية التى تحدد قدرات الطفل واستعداداته ومستوى النمو الحالى الذى وصل إليه قبل تلقى التدريب.

وينبغي أن تتضمن أنشطة التدريب على التعاون والتفاعل وسلوكيات مرغوبة يقدرها الآخرون.

وأن يتم التدريب فى عدة أماكن يألفها الأطفال ويرغبون فى قضاء أوقاتهم فيها مثل: حجرة النشاط بالمدرسة، أو ملعب أو فناء المدرسة، أو حديقة المنزل أو النادى الاجتماعى للأسرة.

ويجب تشجيع الحدوث الطبيعى للسلوكيات المطلوبة، وتعزيز ممارسة الطفل للمهارات التى تعلمها من التدريب.

ينبغى ألا يقتصر الهدف من برامج التدريب على تحسين الاستجابات الناجحة لمبادرات الآخرين، بل لابد أن يتخطى ذلك إلى تحفيز الأطفال للمبادرات للتفاعل مع الآخرين. من أجل التغلب على أكبر مشكلات أطفال اضطراب التوحد (الأوتيزم)، وهى نقص التواصل وعدم القدرة على إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين.

وعندما ننجح فى تدريب طفل التوحد (الأوتيزم) على بدء التواصل يجب تعزيزه فوراً حتى يواصل استجاباته الناجحة للتفاعل مع الآخرين، وهذا يحقق فائدة مزدوجة، حيث يتحسن مستوى النضج الاجتماعى للطفل، كما يحظى بتقبل الآخرين وتتاح له فرصة الإحساس بالذات والمكانة الاجتماعية بين الأقران، ومن شأن هذا أن يتطور التفاعل الاجتماعى إلى مستويات أفضل وأرقى وقد يصل إلى مرحلة التأثير الاجتماعى أى أن يكون الطفل مؤثراً فى جماعة الأقران، ثم الاندماج معهم، ومن ثم يصبح عضواً مؤثراً ومتقبلاً وقد يصبح له أصدقاء يسألون عنه ويهتم بهم ويهتمون به، ومن ثم تزداد ثقته بنفسه، فالثقة بالنفس تعادل نصف النجاح فى برنامج تعليمى أو علاجى يمكن أن يلتحق به هذا الطفل. وذلك لأن الإنسان وحدة كلية مكونة من أربعة جوانب أساسية وهى: الجانب الجسمى [فسيولوجى- حركى-

عضوى- صحى... إلخ]، والجانب العقلى [المعرفى- الذكاء- الفهم- الذاكرة- التحصيل الدراسى.. إلخ]، والجانب الانفعالى [الوجدان- العاطفة- الأحاسيس والمشاعر- الاتجاهات- الميول.. إلخ]، والجانب الرابع وهو الاجتماعى [تفاعل- تواصل- صداقات- أنشطة وألعاب اجتماعية ورحلات جماعية.. إلخ].

وأن كل مكون من هذه الجوانب له مكونات فرعية بينها إحالة متبادلة، حيث أن أحد قوانين النمو الإنسانى يؤكد أن النمو عملية كتلية متكاملة، تتكامل فيها جميع الجوانب، وتتبادل التأثير والتأثر بفاعلية شديدة ضمن الوحدة الكلية.

فعملية النمو عملية دينامية يتم فيها تبادل التأثير بين المكونات الرئيسية لنمو الإنسان. وهذا يتطلب التنوع فى برامج العلاج والتدريب التى تُقَدَّم لأطفال التوحد (الأوتيزم) حيث مشكلاتهم متعددة وتشمل معظم جوانب نموهم. ويجب التنويع أيضاً فى سياسة كل برنامج. فعندما نُعد برنامجاً لتنمية الجانب الاجتماعى مثلاً باعتباره أحد الجوانب الرئيسية للنمو يجب أن نأخذ فى الحسبان تأثيره على الجوانب الأخرى للنمو والتى لا تقل أهمية عن ذلك الجانب، ولا نغفل عن الإحالة المتبادلة التى تقوم بدورها فى التأثير والتأثر بكل الجوانب، فالاهتمام بتنمية الجانب الاجتماعى لدى أطفال التوحد (الأوتيزم) لابد وأن يتضمن سلسلة من المراحل كل مرحلة هى تمهيد لما سيليها من مراحل ونتاج لما قبلها.

ويمكن توضيح هذه المراحل المتتالية فيما يلى:

١- مرحلة الإقبال.

٢- مرحلة التقبل.

٣- مرحلة الاتصال.

٤- مرحلة التواصل.

٥- مرحلة التفاعل المتبادل.

١- وتهدف المرحلة الأولى إلى أن يُقبل الطفل على الآخرين دون خوف ويجلس وسط الأقران العاديين باطمئنان.

٢- أما المرحلة الثانية فتهدف إلى أن يسلك الطفل سلوكيات إيجابية تؤدى إلى تقبل الآخرين له وقبولهم لتواجده بينهم.

٣- وفى المرحلة الثالثة يترتب على قبول الآخرين للطفل أن يستجيب لمحاولات الآخرين الاتصال به.

٤- وبناءً على استجابة الطفل للاتصال به أن يحدث تبادل للاتصال بينه وبين الآخرين وبذلك يتحقق التواصل الاجتماعى بينهم.

٥- وفى المرحلة الخامسة من سلسلة المراحل التدريبية العلاجية لجانب النمو الاجتماعى، ينمو التفاعل ويتطور بين أطفال التوحد (الأوتيزم) وأقرانهم من الأطفال العاديين ويتحقق التفاعل المتبادل بينهم.

ومن الأنشطة التى يمكن أن تتضمنها البرامج التدريبية لعلاج جانب النمو الاجتماعى لأطفال التوحد (الأوتيزم):

الرسم. العزف. النشيد (كورال جماعى)...

(٥) برنامج الأنشطة المصورة Picturial Activity

لتنمية القدرة على الاعتماد على النفس فى الأعمال الحياتية اليومية

يقوم هذا البرنامج على استخدام مجموعة من الأنشطة الحياتية اليومية على شكل صور فى جداول منظمة ومخططة بطريقة تتابعية ويوضح كل جدول سلسلة من السلوكيات التى تشكل مهمة من مهام الحياة اليومية. وتوضع هذه الجداول فى ألبومات أو كتيبات، وتوزع الكتيبات أو الألبومات على الأطفال، وهى تتيح للطفل تتبع سلسلة كل نشاط بهدف تمكنه من أدائه بدون الحاجة إلى التلقين من الكبار (الوالدين والمعلمين) وكلما استطاع الطفل تتبع الصور أو قام بأدائها فإنه يحصل على بعض المدعمات أو المعززات لتحفيزه على متابعة بقية الأنشطة.

وعند وضع هذه الجداول المصورة للأنشطة والمهام المختلفة يجب أن تشتمل على صورة كبيرة لكل مهمة كاملة، ثم يلى ذلك صوراً لأجزائها المستقلة بعد تقسيمها إلى مهام صغيرة. ويصلح هذا الأسلوب مع الأطفال المصابين باضطراب التوحد (الأوتيزم) نظراً لقصور نموهم اللغوى، ويصعب على الوالد أو المدرب أو المعلم التواصل معهم عن طريق التوجيهات اللفظية. فالبرنامج المصور للأنشطة يقدم مساعدة للأطفال ومعلميهم تعينهم على التواصل على الرغم من القصور الشديد فى التواصل اللفظى وغير اللفظى لدى هؤلاء الأطفال. وهو مناسب لهم حيث يسمح لهم بمعرفة بدء التواصل عن طريق تبادل الصور التى تمثل ما يرغبون فيه وعلى الوالد أو المعلم أن يتجاوب مع الطفل لمساعدته على التعبير عما يرغب عن طريق الصور. مثال ذلك:

(إذا تتبع الطفل صورة طفل يشرب، وظل ناظراً لها فعلى المعلم أو الوالد أن يساعده على التعبير عن رغبته فى الشرب ثم يعطيه كوب الماء، ومع التكرار يمكن

أن يتعلم الطفل كلمة «أشرب»، وبالتدريج يمكن إضافة كلمة أخرى ليكون عبارة «أنا أريد أن أشرب»).

ولا تقتصر فائدة البرامج المصورة للأنشطة على مهام الحياة اليومية بل إنها تستخدم لتسهيل التدريب والتعليم فى الفصل الدراسى وشرح العناصر التعليمية والتدريبية حيث تستخدم الصور فى الفصل لدعم مفهوم الإدراك الحسى البصرى والسمعى، وتدعيم الوعى بعناصر البيئة والتفاعل بينها وبين التلاميذ.

وينبغى أن يشتمل البرنامج على العديد من الأعمال والأنشطة التى يمارسها الطفل العادى فى حياته اليومية الروتينية Daily Life Activity، وبعد التدريب الفردى لأطفال التوحد (الأوتيزم) على هذه الأنشطة، يجب إتاحة الفرصة لاشتراكهم مع أقرانهم من الأطفال العاديين للتدريب الجماعى مما يساهم فى إيجاد فرص للتفاعل والتواصل الإيجابى.

ويجب أن يستخدم فى مثل هذه البرامج طرق التعلم الجيد، وفنيات تعديل السلوك وأهمها:

- الملاحظة.
- التقليد والمحاكاة.
- النمذجة.
- التعزيز.
- المكافأة.

وتؤكد نتائج الدراسات تحسن سلوكيات الأطفال الذين اشتركوا فى هذه البرامج، وزادت قدراتهم على الاعتماد على النفس فى أداء الكثير من مهام حياتهم اليومية الشخصية، فضلاً عن إقبالهم على أقرانهم من الأطفال العاديين بعد أن زادت ثقتهم بأنفسهم.

تاسعاً

توصيات نفسية وتربوية لمواجهة اضطراب التوحد (الأوتيزم) والتغلب على آثاره السلبية

تاسعاً: توصيات نفسية وتربوية لمواجهة اضطراب التوحد (الأوتيزم) والتغلب على آثاره السلبية

* يجب نشر الوعى بين الفئات المختلفة في المجتمع عن معنى اضطراب التوحد (الأوتيزم) وتوضيح خصائص هذا الاضطراب، والمشكلات النمائية التى تترتب عليه لدى الأطفال المصابين به.

* رفع كفاءة الكوادر التى تتصدى للعناية بأطفال التوحد (الأوتيزم) بتدريبهم على أحدث أساليب التعامل مع هؤلاء الأطفال.

* تعليم الوالدين والأخوة الكبار كيفية المشاركة مع الأخصائى والمعالج فى تنمية المهارات الاجتماعية للطفل.

* الاهتمام بتوفير اللُعَب التى تساعد على النمو العقلى للطفل بشرط أن تكون سهلة وممتعة.

* تنويع أماكن اللعب والأشخاص المشاركة للطفل فى اللعب.

* ضرورة مشاركة الكبار فى اللعب الاجتماعى مع الطفل وتشجيعه على التعبير بالألفاظ وذلك لتحسين مهارات اللغة عند الطفل، وإدراك أن اللعب الاجتماعى يساعد فى تحسين سلوكيات التفاعل لدى أطفال التوحد (الأوتيزم).

* تشجيع الوالدين لتنمية التصور والتخيل عند الطفل وذلك بدعمهم للعب الإيهامى- التخيلى فى المنزل باستخدام الأوانى المنزلية المألوفة للطفل.

* تقديم التعزيز المادى والمعنوى والاجتماعى للطفل داخل الأسرة على كل

سلوك إيجابى جديد، أو استجابة مطلوبة للتواصل مع أحد أفراد الأسرة. وذلك لتشجيعه على التفاعل وتنمية انتمائه لأسرته، كما أن التدعيم يعطى للطفل إحساساً بالتفوق.

* إعطاء الطفل فرصة للتعبير عن مشاعره عن طريق اللعب، حيث أن أطفال التوحد (الأوتيزم) يعانون من صعوبة التعبير عن أنفسهم وأفكارهم.

* زيادة وعى أسرة الطفل بأن اللعب يعطى لأطفال التوحد (الأوتيزم) فرصاً للضحك والمرح، فتزداد دافعيتهم للتواصل مع الآخرين عن طريق اللعب، وتقل سلوكياته النمطية.

الدمج المقنن والتدريجى لأطفال التوحد (الأوتيزم) مع أقرانهم العاديين. ويجب أن يتم هذا الدمج فى فصول محددة وأنشطة معينة تحت إشراف تربوى ونفسى وبعد عمل توعية مكثفة للأطفال العاديين ولمعلم الفصل الذى سيتم فيه الدمج.

ويجب أن تشمل التوعية مناقشة نقاط القوة والضعف عند أطفال التوحد (الأوتيزم)، مع التركيز على المشكلات الاجتماعية لديهم وأهمها ضعف القدرة على التواصل والتفاعل.

* دعوة الأطفال العاديين للتعاطف مع أطفال التوحد (الأوتيزم) وتقبلهم، وتبصيرهم بأن السلوكيات غير الملائمة التى قد تصدر من هؤلاء الأطفال إنما تقع منهم لا إرادياً وأنهم لا يستطيعون التحكم فيها، وأن الكثير منهم لديهم صفات إيجابية يمكن إبرازها بالتدريب والتفاعل الإيجابى معهم.

* تدريب ذوى الأطفال المصابين بالتوحد (الأوتيزم) على كيفية التعامل والتفاعل مع هؤلاء الأطفال، وتعديل اتجاهاتهم نحوهم من أجل نجاح البرامج العلاجية والتدريبية المعدة للتغلب على مشكلات اضطراب التوحد (الأوتيزم). وذلك لأن مفتاح النجاح لأى محاولة علاجية أو تنموية يكمن فى عدة عناصر وهى

[الأخصائى- المعلم أو المربى- الوالدين- الأخوة- الأصدقاء أو القرناء المخالطين للطفل ثم الطفل نفسه].

* زيادة حجم الصلات الأسرية الحميمة وإعطاء طفل التوحد (الأوتيزم) فرصاً للتواجد بين الآخرين مع أسرته ليشعر بالأمن والطمأنينة، والقضاء على شعوره بالغربة وعدم القيمة.

* عند إعداد البرامج التدريبية والتأهيلية لأطفال التوحد (الأوتيزم) يراعى أن هؤلاء الأطفال تتفاوت لديهم القدرات والمهارات والسلوكيات ونقاط الضعف. ولذلك يجب أن تكون بداية التدريب لكل طفل تبعاً للبروفيل الخاص به، والخطة الفردية له بحيث يتم تأهيل الطفل تأهيلاً متكاملاً وفق برنامج يلبى احتياجاته الفردية ويراعى قدراته ومهاراته والظروف الخاصة به. فمثلاً، إذا كانت لدى الطفل القدرة الإدراكية أضعف من اللغة، نبدأ معه بتقوية القدرة الإدراكية.

وإذا كان التركيز عند الطفل أضعف من القدرة على التذكر، نبدأ معه بتقوية القدرة على التركيز.. وهكذا..

* ينبغى أن يبدأ التدريب على المهارات الأسهل فى الاكتساب حتى يشعر الوالدين بتحسن حالة الطفل فى وقت يسير، فيقبلون على برامج التأهيل والتدريب.

فعلى سبيل المثال، يعتبر اكتساب الكلام أسهل من اكتساب اللغة، حيث أن الكلام لا يتطلب من الطفل أن يستخدم قواعد ولا أدوات، بينما تتطلب اللغة استخدام قواعد وأدوات، كما أن سرعة انتقال الكلام أعلى من سرعة انتقال اللغة، وأن التواصل من خلال استخدام الكلمات أيسر بكثير من استخدام اللغة فى التواصل. ويترتب على ذلك أن تكون نقطة البداية فى تدريب الطفل هى الكلمات وكيفية استخدام الكلمات فى التواصل، ثم ينتقل إلى التدريب على اكتساب اللغة واستخدامها فى التواصل والتفاعل.

* من الضرورى تدريب أطفال التوحد (الأوتيزم) على مهارات الحياة اليومية

حتى يستطيع الطفل التكيف مع متطلبات البيئة التى يعيش فيها، والاعتماد على نفسه فى قضاء شئونه الحياتية الضرورية بمفرده مما يجنبه الشعور بالعجز وقلة الحيلة، وفى نفس الوقت يشعر بقيمته ويثق فى قدراته. ومن أهم المهارات التى نوصى بالتدريب عليها لهؤلاء الأطفال:

- ارتداء الملابس، وخلعها، وترتيبها.
- تناول الطعام.
- ترتيب الفراش.
- اختيار نوعية الملابس التى سيرتديها بناء على حالة الطقس (الملابس الشتوية، والملابس الصيفية).
- عد النقود والتعرف على فئاتها.
- المشاركة فى بعض الأعمال المنزلية مثل:
  - إعداد المائدة.
  - رفع الأوانى من على المائدة بعد تناول الطعام.
  - غسل الأوانى وتجفيفها.
  - ترتيب الأوانى بعد غسلها ووضعها فى أماكنها.
  - تلميع الأسطح الزجاجية.
  - المشاركة فى رص الكتب على الأرفف فى المكتبة.
- تجنب الأخطار مثل: [الكهرباء- النار- المواقد- الأوانى الساخنة- الغاز... إلخ].
- طلب المساعدة أو النجدة عند الشعور بالخطر.

عاشراً

إرشادات للوالدين والمربين ومعلمى الأطفال المصـــابين بالتـــوحـــد (الأوتيـــزم)

عاشراً: إرشادات للوالدين والمربين ومعلمى الأطفال المصابين بالتوحد (الأوتيزم)

*** الاهتمام بالطرق المرئية فى التعليم والتدريب**

فالأشخاص المصابون بالتوحد يستخدمون الصور أكثر من استخدامهم للكلمات، والصور هى لغتهم الأولى، أما الكلمات فهى لغتهم الثانية، فهم يفكرون بالصور، كما أن الأسماء يفهمونها أسرع من الأفعال، ولذلك ننصح بعرض أسماء الأشياء والأشخاص أولاً ثم يأتى بعد ذلك توضيح الأفعال بصورة إجرائية عملية.

ويمكن استخدام الصور المعبرة التى تحكى استخدام الأشياء فى الحياة اليومية وتوضح علاقة الأشياء ببعضها.

كما يمكن استخدام الألعاب المختلفة وعرض أسمائها بشكل واضح وبألوان محببة للطفل لجذب انتباهه.

*** تجنب الأوامر والتعليمات الطويلة أو الكلمات الكثيرة:**

حيث يواجه الأشخاص المصابون بالتوحد مشكلات فى تذكر تسلسل الكلمات. وإذا كان الشخص قد تعلم القراءة، فيمكن كتابة التعليمات على الورق، لأن هؤلاء الأطفال لديهم صعوبة فى الفهم الشفهى.

*** تشجيع المواهب التى تظهر عند هؤلاء الأطفال وتنميتها:**

فكثير من الأطفال المصابون بالتوحد لديهم مواهب فى الرسم والتلوين وأنواع متعددة من الفنون، وبعضهم لديهم موهبة فى الكمبيوتر.

* قد يتمسك الأطفال المصابون بالتوحد بأشياء معينة ويرفضون التخلى عنها كنوع بعينه من الألعاب والدمى، وأفضل طريقة للتعامل مع ذلك هى: استغلال تلك الأشياء فى التعليم والتدريب على المهارات المختلفة مثال ذلك: إذا كان الطفل متمسك بقطار لعبة، فيمكن قراءة كتاب عن القطارات، وحل بعض المسائل الحسابية باستخدام القطار، كعد كم كيلو متر يفصل بين محطة وأخرى.

* عند تعليم الأرقام يجب استخدام مجسمات توضح مفهوم الأرقام بسهولة.

* وعند تعليم الكتابة، يواجه هؤلاء الأشخاص صعوبة فى التحكم بحركة اليد. فبدلاً من إظهار سوء الحظ وشعورهم بالإحباط، يمكن تشجيعهم على الاستمتاع بالكتابة كأنها عملية رسم للحروف، أو استخدام الكمبيوتر إن أمكن ذلك.

مراعاة الظروف الخاصة بكل طفل عند تعليم القراءة:

لأن بعض الأطفال المصابين بالتوحد يسهل عليهم القراءة إذا تعلموا الحروف أولاً بينما يسهل على البعض الآخر تعلم الكلمات أولاً وعلى المعلم إعادة ذلك.

* بعض أطفال التوحد لديهم حساسية شديدة ضد الأصوات المرتفعة أو الفجائية، ولذلك يجب حمايتهم من تلك الأصوات مثل صوت جرس المدرسة أو صوت تحريك الكراسى على الأرضيات.

* يجب إبعاد الأطفال المصابين بالتوحد عن التعرض المستمر لضوء الفلورسنت (النيون) Lights Fluoresent وذلك لأن كثير من الدراسات أكدت أن التعرض المستمر لهذا النوع من الإضاءة يؤدى إلى مشاكل بالجهاز العصبى مما يزيد من مشكلات هؤلاء الأطفال.

* بعض أطفال التوحد لا يستطيعون التعامل مع المعلومات الداخلة لهم عن طريق حاستى السمع والبصر فى ذات الوقت، فيتحيرون ولا يستطيعون الرؤية ولا

السمع، لذلك يجب ألا يُطلب منهم أن ينظروا أو ينصتوا فى نفس الوقت. فهم يستخدمون قناة واحدة للإحساس فى الوقت الواحد.

* تعتبر حاسة اللمس عند كثير من الأشخاص المصابين بالتوحد من أكثر الحواس فاعلية، لذا يمكن تعليمهم باللمس أولاً باستخدام نماذج مجسمة للحروف والأرقام.

* بعض أطفال التوحد لا يدركون أن الكلام وسيلة للتواصل فلا يهتمون بالكلمات ولا يتكلمون إلا قليلاً فقد لا يعنون ما يقولون، ولذلك يراعى عند تعليمهم التواصل أن يراعى التركيز على دور الكلمات فى التواصل مثلاً: عندما يطلب الطفل شيئاً ما باسم شيء آخر، أعطه الشيء الذى نطقه حتى يتعلم أنه حينما ينطق كلاماً فإن ذلك له تأثير مباشر على ما يحدث. فقد يطلب الطفل طبقاً وهو يريد ملعقة... أعطه الطبق. وإذا كان فى حاجة إلى كوب لكنه نطق طبق، فأعطه الطبق.

* إذا كان الشخص المصاب بالتوحد يحب استخدام الحاسب فيجب أن نعطيه هذه الفرصة مع تسهيل المهام المتعلقة باستخدامه مثل تحويل فأرة الحاسب إلي زر منفصل يمكنه الضغط عليه وذلك لأن كثير من الأشخاص المصابين بالتوحد لا يستطيعون التحكم العضلى ويصعب عليهم الضغط على الفأرة أثناء الإمساك بها. كذلك يفضل وضع لوحة المفاتيح فى أقرب مكان للشاشة حيث أن بعض هؤلاء الأشخاص لا يدرك أن عليه أن ينظر إلى الشاشة بعد الضغط على أحد المفاتيح.

* على المعلم أن يُذَكِّر الطفل كل مرة بما سبق ويعيده عليه لأن أطفال (الأوتيزم) التوحد لديهم صعوبة فى نقل الخبرة والتعميم.

* عدم ترك الطفل فى فراغ ومحاولة شغل وقته باستمرار، وكذلك لا يترك الطفل أمام التلفاز لمدة طويلة.

* عمل برنامج منزلى هادف من أجل تنظيم الوقت فيما يفيد الطفل فى تعليمه

وتدريبه ولا يكتفى بالبرامج التى تعدها المراكز الطبية أو التعليمية المتخصصة، بل يجب أن يحدث تكامل بين المنزل وبين تلك البرامج المتخصصة.

فمثلاً: عند الصباح، ويُدرب الطفل على العناية الشخصية بنفسه منذ دخوله دورة المياه وما يتبع ذلك من كيفية استخدام ورق التواليت، ثم كيفية غسل يديه ووجهه بالماء والصابون ثم تنظيف أسنانه بالفرشاة. وهكذا.. بعد ذلك يُدرب الطفل على كيفية خلع ملابسه وارتداء ملابس الخروج وأن يميز بين ملابس النوم وملابس المدرسة أو ملابس الخروج الأخرى.

وفى الغذاء، يُدرب الطفل على الاعتماد على نفسه فى تناول الطعام دون أن يُحدث ضوضاء وجلبة فى حجرة الطعام أو إزعاج الآخرين، وتستخدم المعززات المناسبة له لتشجيعه على السلوك المقبول.

وعندما يحين موعد النوم، يُدرب الطفل على ارتداء ملابس النوم ونشجعه على التعبير عن رغبته فى النوم، تتدرج معه على قدر إدراكه فنبدأ بالأشياء الملموسة والمحسوسة كرؤية الفراش ثم بصورة تدل على النوم، ثم بكلمة «أنام».

* إشراك الطفل مع الأطفال العاديين فى بعض الألعاب، وأن يسبق ذلك توعية للأطفال العاديين وإعطائهم فكرة مبسطة عن التوحد لفهم حالته.

* محاولة فهم تصرفات أطفال التوحد ومعرفة مدلولاتها والتعامل معه وفق هذا الفهم. وعدم التسرع فى ردود الأفعال تجاه هؤلاء الأطفال.

* إذا كان عدم السخرية أو التهكم من الطفل بصفة عامة منبوذ وغير مقبول، فإن ذلك يكون ضرورياً فى حالة طفل التوحد بصفة خاصة. لأن. ذلك يؤخر من شفائه، ويحبط كل محاولات تعليمه وعلاجه. ويجب التعامل مع الطفل على أنه شخص عادى ولا نبدى أمامه أى شعور بالتذمر أو الرفض.

* عدم المقارنة بين الطفل وبين أقرانه من العاديين، وعدم المفاضلة بينه وبين إخوته.

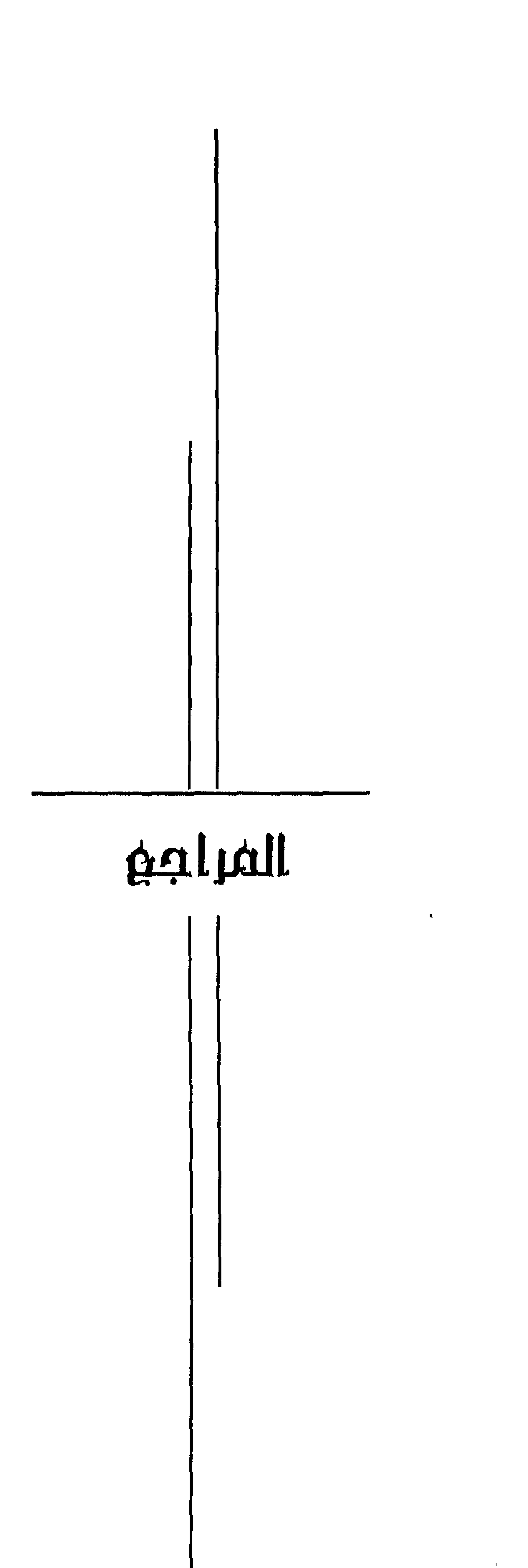
* تلافى المواقف التى تثير غضب الطفل.

* إعطاء الطفل الفرصة الكافية للتعبير عن نفسه وعن رغباته، ويجب أن نُشعره بأنه يفهم، ونحاول فهم ما يريد ونشعره بأننا نَفهمه.

* على الأسرة أن تحترم ذاته فتسمح له بالجلوس مع الآخرين وإلقاء التحية عليه، وتدريبه على الرد وعلى إلقاء التحية على الآخرين.

* ينبغى على الأسرة أن توفر لطفل التوحد وقتاً ومكاناً مناسباً للتنزه، وأن تتركه يتصرف بحرية بعيداً عن أى تعليمات أو قيود، ولا تحد من تصرفاته مهما كانت غير مألوفة فتكون نزهة حرة يمارس فيها ما يشاء دون أن تعيره الانتباه لما يحدث منه. «فقد يصرخ بصوت عال أو يثير الرمال أو التراب بقدميه أو حتى يضعه على رأسه...» فإن هذا يشعره بالسعادة ويحد من تصرفاته الشاذة بعد ذلك.

* احترام مشاعر الطفل وتعبيراته عن تلك المشاعر وإظهار ذلك له بالطرق التى يفهمها. فمثلاً إذا بكى بلا سبب واضح تقرب منه واستخدم الاتصال الجسدى ليفهم أنك تشاركه هذه الحالة التى تنتابه، ولا تتحدث إليه ولا تسأله عن أسباب بكائه. وإن أظهر الطفل فرحاً لحدث أو لشيء شاركه فرحه ولبى له هذا الشيء، ولا تجعله ينتظر كثيراً.



المراجع

المراجـــع العربيـــة

١- إبراهيم بدر، ٢٠٠٤: الطفل التوحدى القاهرة، الأنجلو المصرية.

٢- أحلام رجب، ٢٠٠٣: الرعاية التربوية لذوى الاحتياجات الخاصة، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع.

٣- أحلام رجب، ٢٠٠٣: تربية المتخلفين عقلياً، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع.

٤- أحلام رجب، ٢٠٠٣: الرعاية التربوية للصم والبكم وضعاف السمع، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع.

٥- أحمد عثمان صالح، ٢٠٠٩: تواصل الصم، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٦- أحمد عكاشة، ٢٠٠٩: علم النفس الفسيولوجى، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٧- أمانى عبدالمقصود، ٢٠٠٨: الكفاءة الاجتماعية لذوى الاحتياجات الخاصة، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٨- حسام الدين محمود، ٢٠٠٩: استراتيجيات تعديل السلوك، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٩- حسن مصطفى عبدالمعطى، السيد عبدالحميد أبوقلة، ٢٠١٠:

الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لذوى الاحتياجات الخاصة، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق ودار القاهرة للنشر والتوزيع.

١٠- حسن مصطفى عبدالمعطى، ٢٠٠١: موسوعة علم النفس العيادى والاضطرابات النفسية فى الطفولة والمراهقة، القاهرة، دار القاهرة للنشر.

١١- حمدى الفرماوى، ٢٠٠٧: فسيولوجيا سلوك الإنسان والتعليم، القاهرة، الأنجلو المصرية.

١٢- حمدى الفرماوى، ٢٠٠٦: نيوروسيكولوجيا معالجة اللغة واضطرابات التخاطب، القاهرة، الأنجلو المصرية.

١٣- دينا مصطفى، ٢٠١٠: سيكودراما، القاهرة، الأنجلو المصرية.

١٤- دينا مصطفى، ٢٠١٠: العلاج بالفن، القاهرة، الأنجلو المصرية.

١٥- رشاد عبدالعزيز موسى، ٢٠٠٢: علم نفس الإعاقة، القاهرة، الأنجلو المصرية.

١٦- زينب شقير، ٢٠٠٥: علموا أبناءكم المعاقين عقلياً وتربوياً، القاهرة، دار النهضة العربية.

١٧- زينب شقير، ٢٠٠٥: خدمات ذوى الاحتياجات الخاصة، القاهرة، دار النهضة العربية.

١٨- زينب شقير، ٢٠٠٤: أسرتى- مدرستى- أنا ابنكم المعاق، القاهرة، دار النهضة العربية.

١٩- زينب شقير، ٢٠٠٤: الاكتشاف المبكر والتشخيص التكاملى لغير العاديين، القاهرة، دار النهضة العربية.

٢٠- زينب شقير، ٢٠٠٤: التعليم العلاجى لغير العاديين، القاهرة، دار النهضة العربية.

٢١- زينب شقير، ٢٠٠٢: نداء من الابن المعاق عضوياً وسلوكياً وحركياً وتعليمياً «التوحدى»، القاهرة، دار النهضة العربية.

٢٢- سليمان عبدالواحد سيف، ٢٠١٠: سيكولوجية التوحد (الأوتيزم) «الطفل الذاتوى بين الرعاية والتجنب»، ج.م.ع، المنصورة، المكتبة العصرية.

٢٣- سليمان عبدالواحد سيف، ٢٠١٠: سيكولوجية الإعاقة العقلية، ج.م.ع، المنصورة، المكتبة العصرية.

٢٤- سهى أحمد أمين، ٢٠٠١: مدى فاعلية برنامج علاجى لتنمية الاتصال اللغوى لدى الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراة، معهد دراسات الطفولة، جامعة عين شمس.

٢٥- سهير محمد سلامة شاش، ٢٠٠٨: اضطرابات التواصل، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق ودار القاهرة للنشر.

٢٦- سهير محمد سلامة، ٢٠٠٩: استراتيجيات التدخل المبكر والدمج، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق ودار القاهرة للنشر والتوزيع.

٢٧- شاكر عطية قنديل، ٢٠٠٠: إعاقة التوحد، طبيعتها وخصائصها، مجلد المؤتمر السنوى لكلية التربية، جامعة المنصورة، ج.م.ع.ص ص ٤٥-١٠٠.

٢٨- شاهين رسلان، ٢٠٠٩: سيكولوجية أسرة المعاق عقلياً، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٢٩- شاهين رسلان، ٢٠٠٩: سيكولوجية الإعاقات العقلية والحسية، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٣٠- عادل عبدالله، ٢٠٠٤: الإعاقات العقلية، القاهرة، دار الرشاد.

٣١- عادل عبدالله، ٢٠٠٤: الإعاقات الحسية، القاهرة، دار الرشاد.

٣٢- عادل عبدالله، ٢٠٠٢: جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً، القاهرة، دار الرشاد.

٣٣- عادل عبدالله، ٢٠٠٢: الأطفال التوحديين، دراسات تشخيصية وبرامجية، القاهرة، دار الرشاد.

٣٤- عبدالرحمن سيد سليمان، ٢٠٠٢: إعاقة التوحد، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.

٣٥- عبدالرحمن سيد سليمان، شيخة يوسف، ٢٠٠٧: اللعب ونمو الطفل، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.

٣٦- عبدالعزيز الشخص، ٢٠٠٣: برامج تدريبية لإعداد متخصصين للعمل فى مجال التوحد الطفولى، مركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس.

٣٧- عبدالفتاح نجلة، ٢٠١٠: الدراما علاج نفسى فعال للأطفال، القاهرة، عالم الكتب.

٣٨- عبدالله عسكر، ٢٠٠٥: الاضطرابات النفسية للأطفال، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٣٩- عثمان لبيب، ٢٠٠٣: العوامل المسببة لإعاقة التوحد، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، العدد ٧٣، ص ص ٢-٢١.

٤٠- عثمان لبيب، ٢٠٠٢: برامج التدخل العلاجى والتأهيلى لأطفال التوحد، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، العدد ٧٢، ص ص ٢-١٣.

٤١- عثمان لبيب، ٢٠٠٢: الإعاقة الذهنية فى مرحلة الطفولة، القاهرة، المجلس العربى للطفولة والتنمية.

٤٢- عثمان لبيب، ٢٠٠١: من إعاقات النمو الشامل، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، عدد ٦٦.

٤٣- علاء كفافى، ٢٠٠١: تشخيص الاضطراب الاجترارى. مجلة علم النفس، العدد ٥٩، ص ص ٦-١٥.

٤٤- علا عبدالباقى إبراهيم، ٢٠١٠: الخوف والقلق، التعرف على أوجه التشابه والاختلاف بينهما وعلاجهما وإجراءات الوقاية منهما، القاهرة، عالم الكتب.

٤٥- علا عبدالباقى إبراهيم، ٢٠٠٩: الاكتئاب، أنواعه، أعراضه، أسبابه وطرق علاجه والوقاية منه، القاهرة، عالم الكتب.

٤٦- علا عبدالباقى إبراهيم، ٢٠٠٧: كيف تغير حياتك من خلال الإرشاد النفسى، القاهرة، عالم الكتب.

٤٧- علا عبدالباقى إبراهيم، ٢٠٠٧: علاج النشاط الزائد لدى الأطفال باستخدام برامج تعديل السلوك ط٢، القاهرة، النهضة العربية.

٤٨- علا عبدالباقى إبراهيم، ٢٠٠٠: الإعاقة العقلية، التعرف عليها وعلاجها باستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقلياً، ط١ القاهرة، عالم الكتب.

٤٩- عمر بن الخطاب خليل، ٢٠٠١: الأساليب الفعالة فى علاج التوحد، مجلة معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، العدد ٩.

٥٠- كلير فهيم، ٢٠٠٩: الاضطرابات النفسية للأطفال، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٥١- كلير فهيم، ٢٠٠٣: أبناؤنا ذوى الاحتياجات الخاصة، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٥٢- لطفى الشربينى، ٢٠٠٠: أساليب جديدة لعلاج التوحد، القاهرة، مجلة النفس المطمئنة، العدد ٦٢.

٥٣- ماجد السيد عمارة، ٢٠٠٥: إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.

٥٤- مجدى الدسوقى، ٢٠٠٦: اضطراب نقص الانتباه، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٥٥- محمد السيد عبدالرحمن، محمد محروس الشناوى، ٢٠١٠: العلاج السلوكى الحديث، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق ودار القاهرة.

٥٦- محمد المهدى، ٢٠٠٧: الصحة النفسية للطفل، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٥٧- محمد حسن غانم، ٢٠٠٦: الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٥٨- محمد سيد موسى، ٢٠٠٧: اضطراب التوحد، القاهرة، الأنجلو.

٥٩- محمد صبرى وهبة، ٢٠٠٤: الأطفال ذوو التوحد واضطراب الدمج

الحسى، المجلد الثانى للمؤتمر العلمى الثانى لمركز رعاية وتنمية الطفولة بجامعة المنصورة، ص ص ١٠٤٣- ١٠٥١.

٦٠- محمد عبدالقادر، ٢٠٠٦: مخاوف الأطفال، القاهرة، الأنجلو.

٦١- محمد قاسم عبدالله، ٢٠٠١: الانطواء حول الذات، عَمَّان، دار الفكر العربى.

٦٢- محمد محمود النحاس، ٢٠٠٦: سيكولوجية التخاطب لذوى الاحتياجات الخاصة، القاهرة، الأنجلو.

٦٣- نادية إبراهيم أبوالسعود، ٢٠٠٢: فعالية استخدام برنامج علاجى معرفى سلوكى فى تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال الماصبين بالتوحدية وآبائهم، رسالة دكتوراة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

٦٤- نهلة غندور، ٢٠٠٠: كيف نواجه التعقيدات الملحة لدى الطفل التوحدى، الرياض، مجلة عالم الإعاقة العدد ١٧.

٦٥- هشام عبدالرحمن، ٢٠٠٨: الأوتيزم، الإيجابية الصامتة، بنها، دار المصطفى للطباعة.

٦٦- هشام عبدالرحمن، ٢٠٠٧: الأوتيزم، الخطر الصامت يهدد أطفال العالم، بنها، دار المصطفى للطباعة.

٦٧- هشام عبدالرحمن، ٢٠٠٧: دراسات وبحوث فى علم النفس والصحة النفسية، الإسكندرية، دار الوفا.

٦٨- هشام عبدالرحمن، ٢٠٠٤: فاعلية برنامج علاجى لتحسين حالة الأطفال الأوتيزم، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا العدد ٣٣.

٦٩- هلا السعيد، ٢٠٠٩: الطفل الذاتوى بين المعلوم والمجهول، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٧٠- ياسر الفهد، ٢٠٠٠: استخدام حمية الغذاء لمساعدة أطفال التوحد، الرياض- المملكة العربية السعودية، مجلة عالم الإعاقة، العدد ١٥.

المراجـــع الأجنبيـــة

1- **Baker, F. 2003:** Music Therapy, Sensory of Integration and Autistic child, International Jou. of Disability, Development & Education, Vol.50, PP. 351-353.

2- **Barnard, J.etal., 2000:** Inclusion and Autism, London, National Autistic Society.

3- **Barrow Paul, 2002:** Beckning verbal: Autism, Trauma and play Fullness. Jou. of child Psychotherapy vol. 28, pp. 53-72.

4- **Cullen,L.& Barlow, j., 2002:** Kiss, Cuddle, Squeeze, The Experiences and meaning of Touch among Parents of children with Autism Attending a Touch Therapy Programme, Jou. of child Health care, vol.6, pp.171-181.

5- **Efrosin, k. & Elios, A., 2005 :** Improving Communication Between children with Autism and their peers through the circle of Friends, Jou. of Applied Research in Intellectual Disabilities, No, 18.pp. 253 - 261 .

6- **Ellen Agosta, etal., 2004:** Teacher-Researcher partnerships to improve Social Behavior through Social Stories, Intervention in School and clinic, vol. 39, No. 5, pp. 276 - 287.

7- **Escalona, A. et al. 2001:** Improvements in the Behavior of children with Autism Following Massage therapy, Jou. of Autism Following Massage therapy, Jou. of Autism and Developmental Disorders, vol. 31, pp. 513 - 516.

8- **Field, T. etal., 2001:** Children with Autism
Display mor Social Behaviors after Initiation, Session's Autism, vol. 5.No.3 PP. 317 - 323

9- **Gabriels, R.L., 2003 :** Art Therapy with Children who have Autism and their Families, Hand book of Art Therapy, PP. 193 - 206. New York, Guilford Press.

10- **Harris, L.S., 2002 :** The Treatment of Autism and related disorders in young children, Jou. of Applied Behavior
Analysis, vol. 14, pp. 11 - 17

11- **Hartshon, K. et al., 2001:** Movenet therapy Benefits Children with Autism, united Kingdom, Taylor & Fransis.

12- **Howard, B., S., 2002 :** Communicate Intervention for children with Autism, Jou. of Autism and Developmental. Disorders, vol. 32, No. 5, PP. 373 - 396.

13- **Jensen, V.K. & Sinclair, L.V., 2002:** Treatment of Autism in young Children Behavioral Intervention, Jou. Of Applied Behavior Analys, vol. 14, No. 4, PP. 42 - 52

14- **Jones, Emily, A. & Edward G., 2004:** Joint Attention in and other Developmental Disabilities, Jou. Of Autism and Developmental Disorders, Vol. 35, No.1 PP. 15 - 23.

15- **Jung, S. & Lee, Y.,2000 :** A Double Blind Study of Dimethlgcine, Medical Jou. vol. 12. No. 3, PP. 111 - 121.

16- **Kabot, S. et al., 2003 :** Advances in Diagnosis and treatment of Autism, Professional psychological Research and Practice, vol. 343, No.1, PP. 26 - 33.

17- **Krantz, P.J., 2000 :** Commentary, Interventions to Facilitate Social Isation, Jou. of Autism and Developmental Disorders, vol. 30, No.5, PP.411- - 413.

18- **Lori Mc cann, et al., 2005:** Teaching child with Autism, Jou. of Education and Treatment of children, Vol. 28, No.1.,

19- **Mancina, K. etal., 2000 :** Reduction of inappropriate vocalization for a child with Autism using Self-Management progress, Jou. Of Autism and Development Disorders, vol. 30., No.6, PP. 599 - 605.

20- **Mayer & Johnson, R., 2003:** The picture communication Symbols& Book.

Solana Beach, Mayer-Johnson.

21- **Mc Queen, J., Heck, A., 2002:** Secretin for the treament of Autism, Jou. of pharmacotherapy, vol. 36, No. 2, PP. 305 - 311

22- **Mittledrof, W. et al., 2001:** Play therapy with Autistic children, Landreth, Gorryl, Innovations in play therapy, Issues, Process and special populations, PP. 257 - 269.

23- **Monica D. & Martha E., 2006 :** The Effects of Social stories on the Social Engagement of Children with Autism, Jou.ofpositive Behavior Interventions, Vol.8, No. 1, PP 29 - 42 .

24- **Moris, S., 2001:** The role of the self object Experience in the thearpy of an Autistic child, Jou. of child psychology vol. 27, No. 2, PP. 159 - 173 .

25- **Paul Barrows, 2002:** Becoming verbal Autism, Trauma and playfulness,Jou. of child. psgchotherapy, vol. 28, No. 1, PP. 53 - 72 .

26-**Philip Whitaker , 2004:** Fostering Communication and shard play between Mainstream peers and children with Autism. Jou. Of Special Education, vol. 31, No. 4, pp. 215 - 222.

27 - **PIERCY, M., RT AL. 2002:** promoting the so caial Acceptance of young children with Moderate, Severe intellectual disabilities using cooperative Learning techniques, Jou. of Mental Retordation, vol. 107, PP. 352 - 360.

28- **Robin Shipley, et al., 2002 :** Teaching Daily Living Skills 60 children with Autism Throug Instrucrional Video Modeling, Jou. of Positive Behavior Interventions, vol. 4, No.3, PP. 165 - 175 .

29 - **Schoen, A., 2003 :** What Potenlial does the Applied Behavior Analysis Aproach have for the Treatment of. Children and youth with Autism? Jou. of instructional Psychology, vol. 30, No2, PP. 125-130.

30- **Spoheim, E., et al., 2002 :** Mutiple Doses of Secretin in the Treatment of Autism, Acta paediatrics, vol. 91, No. 5,PP. 5840 - 545.

31- **Towbin, K. 2003 :** Strategies for Pharmacologic Treament of high Functioning Autism and Asperger Syndrom,

Jou. Of childhood, Adolescent Psychiatric, vol. 12, No1 PP. 23 - 45 .

32- **Weiskop, S., etal., 2001 :** The Treatment of Sleep problems in a 5 - years old boy with Autism, Jou. of Research and practive, vol. 5, No. 2, P. 259.

33- **Zercher, C. et al., 2001 :** Increasing Joint Attention, Jou. Of Autism, vol. 5, No. 4, PP. 374 - 398.

مطابع آمون

٤ ش الفيروز متفرع من اسماعيل أباظة
لاظوغلى - القاهرة
تليفون : ٢٧٩٤٤٥١٧ - ٢٧٩٤٤٣٥٦

50
عامًا

هذا الكتاب

يلقى الضوء على اضطراب من أكثر الاضطرابات النمائية انتشارا ومن اشدها تاثيرا على جميع جوانب نمو الطفل ,وهو اضطراب التوحد او (الأوتيزم Autism) .
كما أنه من الاضطرابات والإعاقات التى تصيب الاطفال فى المرحله المبكرة من النمو ويشوبه كثير من الغموض حول طبيعته وأسبابه وأعراضه وأثاره على كل من الطفل وأسرته .

والكتاب يوضح تفصيلا أعراض هذا الاضطراب والخصائص التى يتميز بها الاطفال المصابون به , كما يبين أسبابه ومدى انتشاره , وكيفية تشيخيصه , والتفرقه بينه وبين الاضطرابات الاخرى التى تتشابه معه فى بعض الأعراض .
ويقدم الكتاب الأساليب العلاجية الحديثه لعلاج هذا الإضطراب .

كما يضم الكتاب عدداً من البرامج العلاجيه والتدريبية والتى تطبق على الاطفال المصابين به من اجل تنمية قدراتهم وتعديل سلوكهم ,وتنميتهم اجتماعيا وتعليميا وتربوياً ايضا , وتأهيلهم لمواجهة الحياة فى سن البلوغ والحصول على حقهم فى الحياة الكريمة فى سن الرشد .

ونختتم الكتاب بالعديد من التوصيات والارشادات النفسية والتربويه عن كيفية التعامل مع الابناء والبنات المصابين بهذا الاضطراب ,وعن كيفية التغلب على آثاره السلبية على الطفل واسرته والمتعاملين معه .

واسأل الله العلى القدير ان ينتفع بهذا الجهد كل من الوالدين والمربين والمتخصصين والباحثين وجميع المهتمين بهذا المجال وأن يتواصى بهؤلاء الذين قدر لهم نموا غير عادى فإنه ابتلاء للأصحاء .

اللهم علمنا ما ينفعنا وانفع

٣٥,٠٠



ISBN 977-232-776-7
9 789772 327768

www.alamalkotob.com